Rok XLVII. Kraków, dnia 11. kwietnia 1908. Nr 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu anatomii porównawczej U. J. (Prof H. Hoyer.)

Zachowanie się krętków bladych *(spirochaete pallida)* w zmianach kiłowych; szczepienia kiły małpom.

Podali

Prof. Dr Fr. Krzyształowicz i Prof. Dr M. Siedlecki.

Aż do ostatnich czasów pojawiają się jeszcze ciągle prace w sprawie etyologii kiły i znaczenia krętków bladych *(spirochaete pallida)*, opisujące coraz szczegółowiej pasorzyta, którego początkowo przyjęto z wyraźną nieufnością. Prace różnych autorów rozmaitych krajów i narodów przemawiały coraz wyraźniej i coraz dobitniej za znaczeniem etyologicznem krętka bladego tak, że obecnie prócz bardzo wyjątkowych głosów (Schultze, Thesing, Saling, Siegel) nikt już nie stawia w tym kierunku zarzutów, a wszyscy oczekują na odkrycie sposobu hodowania tych istot. Ten ostatni postulat może jeszcze długo czekać na spełnienie, postulat, który postawiono dla wielu innych pasorzytów (krętki w ogólności, świdrowce, pasożyty krwi) uznanych jednak mimo niemożności wyhodowania za czynnik etyologiczny dla wielu chorób. To też Neisser słusznie stwierdza, że na dziś wystarcza nam w zupełności dowód stałości pojawiania się krętków bladych we wszystkiem, co do kiły należy i wyłącznej ich obecności tylko w kile — i kończy słowami: »Meines Erachtens ist dieser Beweis allerdings schon genügend erbracht«.

Rzeczywiście tych dowodów tak dodatnich, jak i ujemnych, już dzisiaj znamy bardzo dużo. Prace różnych autorów stwierdzają bowiem obecność krętków w różnych zmianach kiłowych wszystkich okresów i postaci tej choroby. Przedewszystkiem znaleziono je w naciekach pierwotnych tak na częściach płciowych, jakoteż gdziekolwiek indziej w skórze położonych; dalej w różnych zmianach drugorzędnych, pojawiających się w różnych okolicach ciała. Znaleziono je również w gruczołach chłonnych we krwi, w moczu, w ślinie i pocie, w płynie mózgowordzeniowym, następnie w zmianach okresów późnych, w kilakach, u dzieci urodzonych z rodziców kiłowych i to nietylko w zmianach skórnych, ale i w narządach wewnętrznych, a wreszcie i w zmianach u małp, szczepieniem kiły wywołanych. Dziś już wielu autorów oświadcza się za tem, że poszukiwanie krętków jest środkiem rozpoznawczym w wątpliwych przypadkach. Obok tego istnieją dowody ujemne; nie stwierdzono bowiem obecności krętków w różnych chorobach wenerycznych nie-kiłowych i w wielu chorobach skórnych, jakoteż w nowotworach, w których znaleść można łatwo krętki innego rodzaju.

Materyał, badany przez nas co do krętków, składał się ze stu kilkudziesięciu przypadków różnych zmian kiłowych i to tak kiły pierwotnej i wczesnej w różnych okresach choroby, jak i kiły późnej, a nawet dziecka nieżywo urodzonego z matki kiłowej. Obok tego zanotowaliśmy ujemny wynik badania w kilkunastu przypadkach chorób wenerycznych niekiłowych i chorób skóry (wrzód miękki, zapalenie żołędzi, kłykciny kończyste, gruźlica błon śluzowych, nabłoniaki, owrzodzenia jamy ustnej nie-kiłowe). Na mocy tych badań stwierdzić możemy, że we wszystkich zmianach kiłowych znajdowaliśmy krętki blade w różnej ilości z mniejszą lub większą łatwością. Jeden z nas (K.) stwierdził także krętki blade kilkakrotnie w zmianach drugorzędnych kiłowych, których rozpoznanie ulegało pewnej wątpliwości, przez co utwierdzono rozpoznanie kiły.

W naciekach pierwotnych ilość znalezionych krętków bladych była zazwyczaj dość wielką, zależną przedewszystkiem od czasu trwania nacieku. Przy badaniu całkiem świeżych nacieków, trwających kilka dni tylko, powierzchownie owrzodziałych, znaleść można wielką ilość krętków zupełnie prawidłowych, o skrętach równych, dość wysokich, krętków, odznaczających się dość znaczną długością i co do długości mało się różniących między sobą. Obfitość krętków w nacieku pierwotnym utrzymuje się w przypadkach nieleczonych przez pewien czas, niedający się bliżej oznaczyć. W ogólności tylko powiedzieć można, że obfitą ilość krętków znajduje się w cieczy wyciśniętej z nacieku póty, póki tenże wzrasta i utrzymuje się w pierwotnej postaci, znamiennej dla tej zmiany. Z chwilą, kiedy naciek staje się miększym po kilkutygodniowem trwaniu, bez względu na jakość i wielkość ubytku na powierzchni, ilość krętków zmniejsza się znacznie i zmieniają się ich znamiona. Jako przykład posłużyć może naciek pierwotny u kobiety, położony na wardze sromnej większej, trwający, (wedle podania) 10 dni, a badany przez nas co 2—3 dni przez 20 dni. Przez pierwsze dwa tygodnie badanie stwierdzało prawie jednakową ilość krętków, w ostatnich dniach tego okresu czasu nieco mniejszą, 15. dnia można je było znaleźć jeszcze w dość znacznej ilości; 17. dnia tylko bardzo nieliczne, a 20. wcale ich nie było w przeszukanych kilku prepara-

tach. Przez cały czas badania stosowano do przemywania tylko przegotowaną wodę lub 3% rozczyn wodny kwasu borowego. Naciek przy pierwszem widzeniu chorej był pokryty nalotem dławcowym, który pomału się oddzielał, a w ostatnich dniach badania pokrywała naciek całkiem czysta i zdrowa ziarnina.

Jakość i wielkość ubytku, istniejącego w nacieku nie ma wpływu na ilość krętków. Wrzody zaniedbane, głębokie, ale trwające kilka tygodni, dawały ciecz, zawierającą bardzo nieliczną ilość krętków, — w innych powierzchownych zaledwo tylko sączących, z których znacznie trudniej dawała się wycisnąć ciecz surowicza, ale trwających krótszy czas, otrzymywaliśmy bardzo łatwo preparaty z wielką ilością krętków. Najważniejszym czynnikiem zatem, od którego zależała ilość krętków w preparatach, był czas trwania nacieku.

Siedziba nacieku pierwotnego także nie zmieniała ilości krętków; naciek wargi ust dawał preparaty o tak obfitej ilości krętków, jak naciek wargi sromnej lub napletka prącia.

Użycie środków odkażających zdawało się wywierać pewien wpływ na ilość krętków znajdowanych w cieczy, wyciśniętej z nacieku. Użycie kilkakrotne przemywań sublimatem wpływało w ten sposób, że w preparatach, wziętych po przemywaniu, nie spotykano zupełnie krętków; jeżeli jednak na parę dni przerwano powyższe przemywania, a użyto do przemywań wody przegotowanej, ilość krętków w wyciśniętej cieczy zwiększała się znacznie. Nie ulega zatem wątpliwości, że tu sublimat miał wpływ na rozwój krętków; nasuwa się jednak przypuszczenie, że wpływ ten ograniczał się tylko do warstw powierzchownych, ale że krętki rozwijały się w warstwach głębszych, skąd przez ucisk trudniej można je było wydostać na powierzchnię. Przemawiałaby zaś zatem wspomniana okoliczność, że szybko po odstawieniu sublimatu można je znowu znaleźć z łatwością w wyciśniętej cieczy.

Czas trwania jakiejkolwiek zmiany kiłowej, a zatem nietylko nacieku pierwotnego, ma tak przeważne w tym razie znaczenie, że nawet w guzkach suchych można łatwo wykryć krętki, jeżeli badamy te guzki wkrótce po ich pojawieniu się. Ilość ich wprawdzie nie jest tak wielka, jak w nacieku pierwotnym, ale w każdym razie dają się odszukać znacznie obficiej, niż w guzkach nawet większych, ale dłużej trwających. Stwierdzić to można łatwo u tego samego osobnika, gdy wysypka występuje powoli; — guzki świeższe zawierają ilość krętków łatwą do stwierdzenia, natomiast w guzkach już ustępujących znaleźć ich bardzo trudno. To samo odnosi się do wysypek krostkowych i pęcherzykowych.

W kłykcinach sączących, usadawiających się zazwyczaj około otworów ustroju tak w błonach śluzowych, jak i w skórze, ilość krętków była zazwyczaj tak wielka, jak w naciekach pierwotnych, a znacznie większa, niż w guzkach suchych. Okoliczność tę stwierdziliśmy na całym szeregu podobnych zmian, leżących głównie na sromie kobiety, w około otworu stolcowego, na mosznach i w kącikach ust. W tych wrzodziejących przerosłych guzkach wielka ilość krętków utrzymywała się także dłużej, niż w guzkach suchych, a zmniejszała się znacznie, gdy guzki te pokrywały się naskórkiem.

Okoliczność ta zatem byłaby w sprzeczności z tem, o czem wspominaliśmy powyżej, że obnażenie nacieku nie ma wpływu na ilość krętków. Sprzeczność ta jednak zdaje nam się tylko pozorną; guzki te bowiem, które nazywamy kłykcinami sączącemi, lepieżami, powstają w miejscach drażnionych, przekrwionych, gdy na całej powierzchni skóry istnieje często równocześnie tylko wysypka plamista. Nie owrzodzenie zatem, zresztą bardzo powierzchowne, w bujającym naskórku, ale drażnienie tego miejsca skóry, szczególne warunki (wilgoć, ciepło, przekrwienie) zdają się być przyczyną istnienia w tem miejscu znacznie korzystniejszych warunków dla rozwoju wszystkich pasorzytów. A może i rozwój bakteryi ropnych, które wywołują zapalenie tej części skóry, przyczynia się do większego rozmnażania się krętków w tak zmienionych tkankach. Wreszcie przypuszczać można, że niejakie znaczenie w tym kierunku mogą mieć znajdowane zawsze w tego rodzaju zmianach krętki załamujące światło *(sp. refringens)* i prątki wrzecionowate *(bacillus fusiformis)*.

Ale o wiele wcześniej niż zmiany w ilości krętków, występują zmiany w ich postaci[1]). Wspomnieliśmy już, że krętki blade, znajdowane w naciekach świeżych, krótko trwających, są bardzo do siebie podobne, tak co do długości, jak i grubości, rodzaju skrętów i ułożenia. Zazwyczaj bardzo szybko, bo już po kilku dniach spostrzedz można postacie nieco inne, różniące się od krętków typowych, jak je opisał Schaudinn i Hoffmann. Przedewszystkiem zmiana dotyczy ich ułożenia. Gdy w zmianach świeżych pojawiają się krętki, leżące wzdłuż linii prostej, to z biegiem czasu znajdujemy coraz więcej osobników, zgiętych łukowato lub kolankowato. Podobnie, gdy w pierwszych spotykamy krętki prawie jednakowej długości, to w dalszych długość ich waha się niejednokrotnie w dość obszernych granicach. Częściowo przyczyniają się do tego postacie podzielone podłużnie, ale nie rozpadłe na pojedyncze osobniki, albo zespolone ze sobą.

Rodzaj i jakość skrętów także ulega pewnym zmianom. W postaciach świeżych skręty są zazwyczaj strome, takie, jak je opisał Schaudinn i Hoffmann, drobne, ścieśnione i na pierwszy rzut oka jednakowe od jednego do drugiego bieguna krętka. W postaciach, czas pewien trwających, skręty stają się przedewszystkiem nierówne, większe i mniejsze, mniej lub więcej strome, a w przebiegu zmiany spostrzega się w preparatach coraz mniej krętków typowych, a coraz więcej takich, które są wyprostowane na pewnej przestrzeni swego ciała. Jeżeli się uwzględni, że i grubość krętka waha się dość znacznie, że w przebiegu zmian kiłowych znajduje się krętki w pewnej części ich ciała wyraźnie grubsze, wyraźniejsze, — to musi się dojść do przekonania, że krętki blade ulegają w przebiegu wykwitów kiłowych pewnym zasadniczym zmianom, których jednak nie można przypisać zwyrodnieniu.

Szczepienia kiły na małpy przedsiębraliśmy w tej nadziei, że badając zmiany, wywołane u małp, będziemy mogli łatwiej spostrzegać w nich wszystkie postacie rozwoju i po-

[1]) Szczegóły morfologii krętka bladego wśród przebiegu kiły i badania porównawcze z innymi krętkami opisano w pracy, czytanej na posiedzeniu Akademii Umiejętności w Krakowie w dniu 4. listopada 1907.

twierdzić istnienie rozmaitych postaci i przeobrażeń krętka, które znaleźliśmy w zmianach kiłowych u ludzi. Badania te nie dały nam wprawdzie wszystkich oczekiwanych wyników, pozwoliły nam jednak stwierdzić dużo szczegółów w tej dziedzinie, zapoznając nas przytem z objawami kiły doświadczalnej, występującej wybitnie i u małp niższych.

Do szczepień użyliśmy 10 małp z rodzaju *Macacus* (*M. cynomolgus*, *rhesus* i *sinicus*) i jedną: *Cercopithecus*. Materyał do szczepień braliśmy z różnych zmian, bo z nacieków pierwotnych, z guzka suchego świeżego i wysypki guzkowej dziecka żywo urodzonego z matki kiłowej, wreszcie z nacieków, powstałych u małp po szczepieniu miazgi nacieków kiłowych. Miejscem szczepienia były powieki ócz, głównie ich brzeg, a w niektórych przypadkach równocześnie napletek samców lub wargi sromne samic. Jako miejsce szczepienia wybraliśmy brzeg powiek, idąc za doświadczeniem Thiebiergea i Ravauta, którzy stwierdzili w swych badaniach, że gdy u tych samych małp nie powstawał odczyn w innych miejscach szczepionych, pojawiała się jednak zmiana na brzegu powiekowym. To samo potwierdzają i inni autorowie, szczególnie u małp niższych (Neisser, Finger i Landsteiner). Doświadczenia nasze stwierdziły to również, gdyż i w naszych przypadkach pojawiały się po szczepieniu zmiany na powiekach u tych samych osobników, u których zawodziły szczepienia na częściach płciowych.

W wymienione miejsca szczepiliśmy jad kiłowy nietylko rozcierając cieczą surowiczą, wyciśniętą z nacieku, ale i wkładając miazgę nacieku kiłowego w kieszonkę, zrobioną przez nacięcie na brzegu powiekowym, gdzie skóra przechodzi w błonę śluzową. I w tym kierunku poszliśmy za radami doświadczonych autorów (Neisser, Finger i Landsteiner), którzy radzą robić nacięcia głębsze, kieszenie w skórze i w nie wszczepiać kawałki tkanki lub wyciśnięty sok. Przed braniem materyału do szczepień oczyszczano dokładnie zmiany sączące (wrzody, kłykciny) wyjałowionym rozczynem fizyologicznym soli kuchennej, a guzki suche prócz obmycia wodą i mydłem, oczyszczano mieszaniną wyskoku z eterem. Miejsce szczepienia odkażano w podobny sposób; wogóle staraliśmy się, o ile to możliwe, dokonywać rękoczynów bezgnilnie (aseptycznie). Materyał, brany do szczepienia, badaliśmy we wszystkich przypadkach co do krętków i tylko w razie dodatnim dokonywano nim szczepienia. Dla umożliwienia dokonania szczepień usypialiśmy zwierzęta chloroformem, który małpy znosiły wcale nieźle.

Z 11 szczepionych zwierząt dwie małpy zmarły w krótkim czasie (około miesiąca) po szczepieniu skutkiem ogólnej gruźlicy, te zatem w sprawozdaniu zupełnie pomijamy. Z reszty (9) u jednej małpy (*mac. cynomolgus* Nr 1) wynik nazwać musimy zupełnie ujemnym, powstało bowiem na brzegu powiekowym zaledwo tylko lekkie zaczerwienienie, które szybko ustąpiło. U tego samego zwierzęcia uzyskano wyraźny odczyn na powiece po szczepieniu w dwa miesiące później, dlatego za przyczynę pierwotnego ujemnego wyniku uważamy w tym razie błąd w technice szczepienia (powierzchowne nacięcia).

Prócz powyższej małpy u dwóch innych wynik nie był zupełnie pomyślny tak, że uznaliśmy go za wątpliwy. W jednym przypadku (Nr 6) wystąpił nawet znaczniejszy obrzęk całej powieki bez ograniczonego nacieku i obrzęk ten w kilkanaście dni ustąpił bez śladu, a badanie wyciśniętego soku nie wykryło obecności krętków. U drugiej małpy (Nr 9) z wynikiem wątpliwym powstał po szczepieniu miazgi z nacieku na powiece małpy drobny guzek, który w 6 tygodni od chwili szczepienia był już mało widoczny. Poszukiwanie krętków dało i w tym wypadku wynik ujemny.

U sześciu zatem tylko z 9 małp możemy uważać wynik za zupełnie dodatni. (Dok. nast.)

Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu.

W sprawie powstawania nacieków w miejscach wstrzyknięć salicylanu rtęciowego.

Podał

Doc. Zdzisław Sowiński.

(Dokończenie).

Doświadczenia z gronkowcem złocistym. Olej waselinowy, używany do przygotowania zawiesiny salicylanu rtęciowego, rozlano do probówek w ilości po 8 ctm. sz. i wyjałowiono. Na tym oleju zaszczepiono dobową hodowlę agarową w ilości 3—4 uszek pętli platynowej; po 4 dobach pobytu w cieplarce przy 37° C., zaszczepiono z oleju pożywki bulionowe, a z nich po upływie jednej doby zrobiono szczepienia na agarze, które dały wyniki ujemne. Jak już wspomniałem, jedne probówki z olejem zakażone, po 4 dobach pobytu w cieplarce poddawano dalszym badaniom, inne zaś pozostawiano przez 4 doby przy zwykłej ciepłocie pokojowej, następnie umieszczano na 2—3 doby znów w cieplarce, poczem dopiero wykonywano wyżej wspomniane szczepienia na agarze. Również i w tych razach szczepienia dały wyniki ujemne.

Też same doświadczenia powtórzono i z hodowlą bulionową, używając do zakażenia oleju po 3—4 uszek pętli platynowej. Pożywki, na które szczepiono olej zakażony, i w tym przypadku pozostały jałowe.

Olej, do którego zaszczepiono gronkowca złocistego tak z pożywki stałej, jakoteż płynnej, wstrzykiwano po 4 dobach pobytu w cieplarce, w ilości 6—8 ctm. sz. do jamy brzusznej królikom i świnkom morskim, wywołując nieznaczne, krótkotrwające podniesienia się ciepłoty. Stan ogólny zwierząt pozostał zadowalniający.

Chcąc w doświadczeniach zbliżyć się o ile możności do warunków zwykłych, zbierałem olej, pozostający nad powierzchnią rtęci, i przesączywszy go przez jałowy papierowy sączek, rozdzielałem go po 8 ctm. sz. do probówek wyjałowionych. Kilkoma uszkami hodowli agarowej gronkowca olej ten zakażałem, a po 3 dobach pobytu w cieplarce rozprowadzałem go zapomocą łopatki platynowej po powierzchni pożywki agarowej w miseczkach Petriego. Szczepienia te dały wyniki ujemne.

Przypuszczając, iż hodowla ginie wskutek szczepienia jej w tak nieznacznej ilości, i do tego na pożywce może nieodpowiedniej, postanowiłem stworzyć dla niej warunki stosowniejsze i sprawdzić, czy wtedy nie nastąpi czasem bujny rozwój drobnoustrojów? W tym celu brałem kawa-

łeczki agaru wielkości 2—3 ctm., na których powierzchni znajdowały się hodowle gronkowca, i umieszczałem je w probówkach z olejem. Po 4 dobach pobytu w cieplarce przy 37° C. postępowałem w sposób następujący: W jednych przypadkach robiłem szczepienia, nie dotykając się kawałeczka agaru, a biorąc ostrożnie tylko sam olej i rozprowadzając go zapomocą łopatki platynowej po powierzchni pożywki agarowej w miseczkach Petriego; wyniki były ujemne. W innych zaś przypadkach płyn w probówkach zakażonych silnie kłóciłem, poczem dopiero stosowałem ten sam sposób szczepienia, biorąc ostrożnie do dalszych szczepień wyłącznie olej, a nie ruszając zupełnie kawałeczka agaru z hodowlą; wtedy tylko na początku pierwszego paska spostrzegałem nader skąpy rozwój gronkowca, zaś następne paski pozostawały jałowe.

Doświadczenia te dowiodły, iż w tych warunkach rozwój gronkowca złocistego w ten sposób, jak to się daje spostrzegać wogóle w środowiskach płynnych, nie następuje, lecz że tylko dzięki obecności kawałka agaru znajdujące się na nim kolonie gronkowca pomimo 4-dniowego pobytu w oleju nie zginęły. Wyniki dodatnie w ostatnich doświadczeniach należy tłómaczyć w ten sposób, iż podczas kłócenia mogło nastąpić mechaniczne strącenie kolonii do oleju; pomimo, iż kolonia taka znajdowała się w warunkach nieodpowiednich do rozwoju, jednak wskutek tego, iż przeszczepienie wykonano bezpośrednio po kłóceniu, nie zdążyła ona uledz zniszczeniu.

Olej, w którym szczepiono kawałeczki agaru z hodowlami gronkowca na powierzchni, bez poprzedniego kłócenia, zaraz po wyjęciu z cieplarki, zlewałem ostrożnie do jałowej miseczki Petriego, poczem wstrzykiwałem do jamy brzusznej królikom i świnkom morskim w ilości 5—6 ctm. sz. U zwierząt tych spostrzegałem potem nieznaczne podniesienie ciepłoty w ciągu pierwszych 2 dni; zwierzęta pozostawały przy życiu, a stan ich ogólny był zupełnie zadowalniający.

Nie powtarzając już opisu takichże badań, dokonanych z hodowlami prątka siennego, prątka okrężnicy i ropy błękitnej, ograniczę się do zaznaczenia, iż w tych doświadczeniach wyniki badań bakteryologicznych były takie same, jak w doświadczeniach.

Przypuszczając, iż pewna ilość rtęci może z biegiem czasu przejść w połączenie rozpuszczalne, postanowiłem poddać rozbiorowi chemicznemu olej, który dłuższy czas znajdował się w styczności z salicylanem rtęciowym.

W tym celu użyłem do badań zawiesiny salicylanu rtęciowego, przygotowanej przeszło przed rokiem. Najpierw oddzieliłem zapomocą cedzenia olej od rtęci, a zebrawszy go w ilości 75 ctm. sz., dodałem do niego 25 ctm. sz. wody przekroplonej, silnie skłóciłem, poczem dodałem czystego kwasu siarczanego w ilości 4% i poddałem mieszankę gotowaniu w ciągu 18 minut. Do gorącego jeszcze płynu dolewałem chemicznie czystego kwasu solnego w ilości 6%. Ostudziwszy potem mieszankę do 30° C., rozrzucałem kilka zwiniętych paseczków lamety i pozostawiałem tak w ciepłem miejscu na 2 doby. W ciągu tego czasu i w tych warunkach wszystka rtęć, znajdująca się w oleju, osiada całkowicie na lamecie, tworząc amalgamat. Po obfitem przepłukaniu lamety z początku w wodzie zwykłej, a potem przekroplonej, przemywałem ją jeszcze wyskokiem 95°. Po wyjęciu lamety z wyskoku suszyłem ją w bibule, poczem umieszczałem w zupełnie suchej probówce, do której już przedtem wrzucałem maleńki kryształek jodu. Probówkę tę ostrożnie nagrzewałem, wobec czego jod, ulatniając się, osiadał na lamecie, i w ten sposób powstawał jodek rtęciowy. Wtedy wprowadzałem do płomienia całą probówkę, ażeby prędzej przepędzić ów związek, który osiadał na ściankach probówki w postaci żółtawego kółka, poczem ostrożnie wyrzuciwszy lametę z probówki, dorzucałem na jej dno jeszcze parę kryształków jodu i znowu nagrzewałem. Pary jodu, łącząc się z jodkiem rtęciowym, tworzą znamienny jasno-czerwony dwujodek rtęciowy (9).

Posiłkując się w swych badaniach tylko co opisanym sposobem, nie zdołałem mimoto stwierdzić obecności rtęci w oleju, który przeszło rok pozostawał w zetknięciu z salicylanem rtęciowym. Doświadczenia te dowiodły, iż przypuszczenie moje, że z biegiem czasu przejść może pewna ilość rtęci do oleju, niema żadnych podstaw.

Zakażając sztucznie olej waselinowy, doszedłem do przekonania, iż olej ten jest dla rozwoju drobnoustrojów pożywką nieodpowiednią i że one w nim giną; jeżeli jednak drobnoustroje dostaną się do oleju jednocześnie z odpowiednią pożywką (kawałeczek agaru), to mimoto, iż nie można zauważyć ich rozwoju, jednakże nie giną. Aby więc ostatecznie wyświetlić wzajemny stosunek pomiędzy rtęcią i drobnoustrojami, należało przeprowadzić jeszcze z zawiesiną rtęciową i pewnym rodzajem bakteryi takie doświadczenia, któreby drogą pośrednią zbliżyły nas do rozwiązania tego zagadnienia.

Najpierw należało ustalić jadowitość każdej ze stosowanych hodowli.

Jadowitość gronkowca złocistego wypróbowano, szczepiąc dobową bulionową hodowlę pod skórę ucha królikowi. Wstrzyknąwszy temu zwierzęciu 0,4 ctm. sz. na kilogram wagi, spostrzegałem na drugi dzień w miejscu nakłucia ropień, a po 4 dobach następowała śmierć zwierzęcia. Po wstrzyknięciu tej hodowli w ilości 1 ctm. sz. do jamy brzusznej śwince morskiej, wagi 310 grm., nastąpiła po 3 dobach również śmierć zwierzęcia. Szczepienia tak z owego ropnia, jak z płynu w otrzewnej, dały czystą hodowlę wstrzykniętego gronkowca. Wstrzykując podskórnie 0,2 ct. sz. dobowej hodowli, spostrzegałem po upływie 2 dni tworzenie się ropnia.

Tak samo wypróbowałem jadowitość prątka ropy błękitnej. Wstrzykując królikowi podskórnie 0,7 c. sz. na kilogram wagi, spostrzegałem po 2 dobach śmierć zwierzęcia. Wstrzyknąwszy 0,6 c. sz. dobowej hodowli prątka okrężnicy pod skórę ucha królikowi, spostrzegałem po upływie 10—15 godzin tworzenie się ropnia; po 2 dobach i 5 godzinach zwierzę padło. Po wstrzyknięciu podskórnem 0,1 ctm. sz. tworzył się po upływie jednej doby ropień w miejscu nakłucia. Szczepienia z owych ropni dały czystą hodowlę wstrzykniętego prątka okrężnicy.

Określiwszy jadowitość wymienionych drobnoustrojów, przeszczepiałem każdą hodowlę do bulionu, a po dobie pobytu w cieplarce przy 37° C. mieszałem w równych częściach ze skłóconą poprzednio zawiesiną rtęciową, używaną zwykle do wstrzykiwań u chorych. Skłóciwszy ponownie mieszankę z zawiesiny rtęciowej i hodowli bulionowej i powtarzając kłócenie zawiesiny od czasu do czasu,

jak to zwykle robi się w ambulatoryum, rozprowadzałem po upływie różnego czasu zapomocą łopatki platynowej mieszankę ową w postaci równoległych pasków po powierzchni agaru w miseczkach Petriego.

Wyniki tych szczepień stwierdziły, że hodowla gronkowca w tych warunkach ginie po upływie 25—30 minut, hodowla prątka okrężnicy po upływie 14 minut, prątka siennego po upływie 11 minut, prątka ropy błękitnej po upływie 9 minut.

Roztrząsając wyniki badań tak chemicznych, jakoteż bakteryologicznych, należy najpierw zastanowić się nad tą, napozór szczególną okolicznością, iż drobnoustroje w oleju waselinowym giną. Lecz, jak wiadomo, każda komórka żyjąca potrzebuje do swego istnienia obecności wody; otóż brak wody jest jedną z ważniejszych pośród wielu innych przyczyn, dla których drobnoustroje w oleju waselinowym giną. Wskażę tu na rozprawę Kondratkowskiego (10), który badał bakteryologicznie maści lekarskie. Z szeregu maści rtęciowych autor ten badał: *ungt. hydr. praecipitati albi, ungt. hydr. oxydat rubri, ungt. hydr. ciner. simpl. et dupl.* Rozwoju drobnoustrojów w tych maściach Kondratkowski nie spostrzegał.

Badania moje wskazują, iż zastosowanie tych zwykłych środków zapobiegawczych, jakie są niezbędne przy wszelkich wogóle wstrzykiwaniach podskórnych, najzupełniej zabezpiecza od wniesienia pierwiastka zakaźnego również i przy wstrzykiwaniach salicylanu rtęciowego. Przeciwnie, znaczniejsze nawet zakażenie przetworu tym, czy innym drobnoustrojem ropotwórczym staje się z biegiem czasu nieszkodliwem. Mimoto jednak wcale nie twierdzę, iż każda hodowla bulionowa użytych przezemnie mikrobów ropotwórczych musi stanowczo zginąć przy tych warunkach i we wspomnianym czasie; do stanowczych wniosków w tej sprawie są niezbędne dalsze badania. Zważywszy jednak z jednej strony, iż przy zwykłych warunkach klinicznych tak obfite zakażenie przetworu mikrobami ropotwórczemi nastąpić nie może, z drugiej — na podstawie moich badań, — iż olej waselinowy jest środowiskiem nieodpowiedniem dla rozwoju bakteryi i że one nie giną w nim wyłącznie tylko w okolicznościach szczególnych, — przypuszczam, iż przyczyny tworzenia się nacieków w miejscach wstrzyknięć salicylanu rtęciowego nie należy szukać w samej zawiesinie. Doświadczenia te dobitnie przemawiają za tem, iż przyczyny nacieków nie należy szukać w zakażeniu przetworów lub w jakimś rozkładzie chemicznym salicylanu rtęciowego, przy którym wytwarzałby się tlenek rtęciowy. Wobec tego mniemam, iż stan fizyologiczny tkanek w miejscu wstrzyknięć, a być może, i w całym ustroju u chorych na kiłę o tyle podlega zmianom, iż wessanie przez ustrój przetworu wstrzykniętego obniża się, a nawet zupełnie się zatrzymuje. Jeżeli zaś do tego dołączają się i zmiany miejscowe tkanek, jak za tem przemawia cały szereg badań patologiczno-anatomicznych (Zelenew, Łukaszewicz, Tomaszewicz (11) i inni), zmian przytem nader niekorzystnych, to samo przez się staje się zrozumiałem, iż zdolność wchłaniania w jednej i tej samej okolicy przy powtarzających się wstrzykiwaniach musi się obniżać, a zarazem będzie słabnąć wpływ leczniczy przetworu. Podobne nacieki bolesne spostrzega się nawet po wstrzyknięciach tłuszczów, pomimo zachowania najsurowszych przepisów aseptyki (Leyden). Przetwory zaś rtęciowe, nawet w słabem zgęszczeniu, mogą w miejscach bezpośredniego zastosowania działać na tkanki przyżegająco, wskutek czego może powstać martwica tej części tkanki, naokoło której musi się wszcząć silna sprawa zapalna z następowem zwyrodnieniem tkanek. Od przestrzeni, zajętej przez zapalną sprawę twórczą, od stopnia natężenia tej sprawy, powstającej jako odczyn tkanek, a przypuszczalnie nawet jako odczyn całego ustroju przeciw wprowadzonemu ciału obcemu, jakiem jest zasadowy salicylan rtęciowy, zależą też te, czy inne zmiany miejscowe.

W końcu zaznaczyć należy niektóre okoliczności uboczne, mające w tej sprawie również wielkie znaczenie, jako to: miejsce wstrzyknięć, sposób ich wykonania, długość igły, większa lub mniejsza otyłość chorego, jego tryb życia i t. d.; jeżeli rtęć dostanie się np. do mięśni, to wessanie jej nastąpi szybko, jeżeli zaś dostanie się do tkanki tłuszczowej, to wessanie następuje wolniej i w tych razach mogą powstawać nacieki (Juckuff (12)).

Przyczyny więc tworzenia się nacieków w miejscach wstrzyknięć salicylanu rtęciowego zależą w jednych przypadkach w zupełności od samego ustroju, w drugich zaś leżą poza nim; w innych mogą działać obydwa czynniki jednocześnie; od stopnia natężenia każdego z przytoczonych czynników zależą zmiany, które dają się spostrzegać w miejscach bezpośredniego działania wstrzykniętego przetworu.

Wyniki mej pracy doświadczalnej pozwalają mi wysnuć wnioski następujące:

1) Olej waselinowy *(ol. vaselini)* w zawiesinie rtęciowej jest zawsze jałowy.

2) Salicylan rtęciowy w połączeniu z olejem waselinowym, nawet przy dłuższem zetknięciu ($1^1/_2$ roku), nie podlega rozkładowi na tlenek rtęciowy i kwas salicylowy.

3) Olej waselinowy jest środowiskiem nieodpowiedniem do rozwoju gronkowca złocistego, prątka siennego, prątka okrężnicy i ropy błękitnej.

4) W zawiesinie rtęciowej rtęć do oleju nie przechodzi.

5) Zawiesina salicylanu rtęciowego działa nader zabójczo na drobnoustroje ropotwórcze.

6) Nacieki w miejscach wstrzyknięć salicylanu rtęciowego powstają głównie, widocznie wskutek odczynu ze strony tkanek, który może być wywołany tak przez zmiany ogólne w ustroju, jak i przez przyczyny miejscowe; również możliwe jest działanie obydwóch tych czynników jednocześnie.

Piśmiennictwo. 1) Omelczenko: Etyologia abscessow na miestach injekcyj rastworimych preparatow. — Medicinskoje Obozrenje, 1895 r., str. 938. — 2) Lévy-Bing; Les injections mercurielles intra-musculaires dans la syphilis. Paris, 1903 r. — 3) Balzer i Reblaud l. c. Lévy-Bing, str. 22. — 4) Silva Aranjo: l. c. Fournier. Leczenje syfilisa, 1894, str. 243 (tłómaczenie Gowsiejewa). — 5) Kreibohm i Rosenbach: Archiv f. klin. Chirurgie 1888 r., t. 32. — 6) Stukowienkow: Opyt ujaśnienja osnow leczenja syfilisa rtutju. Medic. Obozr. 1894 r., Nr 21. — 7) Granval i Lajox: Journal de Pharm. et de Chemie 1893 r. 27, str. 196. — 8) Larin: Chemische Zeitung, 1901 r., str. 193. — 9) Wyszemirskij: O wlijanii elektryczeskich wann, staticzeskich duszej i tokow bolszoj czastoty na wydielenje rtuti moczej. Petersburska rozprawa, 1898 r. — 10) Kondratkowskij: Bakterjołogiczeskoje izsljedowanje medicinskich mażej. Petersburska rozprawa, 1903 r. — 11) Tomaszewicz: Miestnyja izmienienja u żywotnych pod wlijanjem wpryskiwanja rastworimych i nierastworimych preparatow rtuti. Petersburgska Rozprawa, 1896 r. — 12) Juckuff: Verbreitungsart subcut. beigebr. Flüssigkeit etc. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharm., 1893 r., t. 32.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Strauch. **Czy można uniknąć zejść śmiertelnych wśród uśpienia?** (*Mediz. Klinik.* 1908 Nr 10). Gdy przy podawaniu innych środków trujących trzymamy się przepisanej dawki, to przy stosowaniu środków usypiających właściwie tego nie czynimy. Niebezpieczeństwo uśpienia polega wprawdzie w pierwszym rzędzie na błędach techniki, zdarzają się jednak i mimo doskonałej techniki często ciężkie powikłania. Chloroform jest n. p. środkiem, działającym wybitnie na serce. Czasem śmierć przy uśpieniu nastąpić tu może po kilku pierwszych kroplach. Niebezpieczeństwem zagraża także następowe szkodliwe działanie chloroformu, zwłaszcza po uśpieniach długotrwałych. Eter nie działa źle na serce, ale jego siła usypiająca jest znacznie mniejsza. Chcąc ją wzmocnić przez uszczelnienie maski, wprowadzamy zaś znowu do ustroju bezwodnik kwasu węglowego, a przez zgęszczone pary drażnimy błony śluzowe i pobudzamy wydzielanie śluzu i śliny. Pierwszym warunkiem pomyślnego przebiegu uśpienia jest dobry, a raczej spokojny stan i spokojna czynność serca. Chory wskutek podniecenia psychicznego spędza zwykle całą noc przed operacyą bezsennie i rano często zauważyć można wtedy nieregularną akcyę serca. Z tego powodu S. podaje swym chorym wieczorem przed operacyą 1,0 gm. weronalu, a na godzinę przed operacyą wstrzykuje 0,015—0·02 morfiny i równocześnie podaje lewatywę z wyskoku (po 50—75 gm koniaku, wina czerwonego i herbaty z dodatkiem 5—10 kropli nalewki makowca i szczypty soli kuchennej). Zyskuje się przez to wiele. Chory śpi całą noc spokojnie, często można zacząć uśpienie wśród snu naturalnego i wtedy sen zwykły przechodzi spokojnie w uśpienie sztuczne. S. używa uśpienia eterowego, ewentualnie, gdy sen nie jest dość głęboki, dodaje kilka kropli chloroformu, a potem już stosuje eter. Nie spostrzegał przy tym sposobie zupełnie podnieceń, zatrzymania się oddechu lub zapadów. Uważać należy tylko przy uśpieniu na wymioty, nagromadzenie się śluzu lub zapadanie języka. Po operacyi chorzy śpią zwykle dalej spokojnie, a po obudzeniu nie czują się tak znękani, jak po czystem uśpieniu chloroformowem, które S. uważa wogóle za postępowanie niewłaściwe. *Klęsk.*

Rosenthal i Berthelot. **Uśpienie mieszaniną tlenu i chlorku etylu.** (*Posiedz. Ak. Um. francuz.* 6. I. 1908). R. i B. w doświadczeniach swych na zwierzętach przekonali się, że przez domieszkę tlenu do chlorku etylu można przedłużyć uśpienie (godzinę i dłużej). W uśpieniu tem można wykonywać i ciężkie zabiegi. Objawów ubocznych niema żadnych, zaśnięcie następuje szybko, przebieg uśpienia łagodny, a potem niema tego wstrząsu, który występuje często po uśpieniach chloroformem lub eterem. *K.*

Becker. **O odkażaniu rąk chirosoterem.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 11). Klapp i Dönitz polecili do odkażania rąk roczyn różnych wosków i ciał balsamicznych w czterochlorku węgla, nazwany przez nich chirosoterem. Tę jasno-żółtą ciecz rozpyla się rozpylaczem na ręce i silnie wciera. Ciecz wnika w skórę i mechanicznie ją woskuje, nie dozwalając drobnoustrojom dostawać się na powierzchnię. Przez częste używanie skóra rąk, stale nasiąknięta chirosoterem, staje się gładka i doskonale można ją odkażać następowo. W przypadkach nagłych, np. na wojnie, użyć można według K. i D. chirosoteru nawet jako pokrycia ręki nie odkażonej. Czucia nie upośledza ta metoda zupełnie; cena chirosoteru niewielka. Te podane przez K. i D. dodatnie strony chirosoteru zostały potwierdzone o tyle przez innych autorów, że środek ten jest bardzo dobry, ale na ręce już odkażone, co B. także stwierdził. Natomiast w dalszych doświadczeniach przekonał się, że nawet mowy o tem być nie może, by używać można samego tylko chirosoteru bez poprzedniego odkażania rąk. *Klęsk.*

Flatau. **W sprawie wyjaławiania rękawiczek gumowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 13). F. wyjaławia rękawiczki gumowe w parze, nakładając je na szkielet druciany, który rozciągając rękawiczkę, daje pewność, że wyjałowienie będzie wszędzie dokładne, a zarazem nadaje się bardzo dobrze do wysuszania i przechowywania rękawiczek. *K.*

Wiesner. **O leczeniu iskrami sposobem Keating-Harta.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 11). W. spodziewając się, że leczenie raków iskrami znajdzie szersze zastosowanie, podaje opis (z rycinami) urządzenia, używanego przez siebie, a mającego tę dobrą stronę, że jest ono niezależne od aparatu Röntgena i można je także przenosić do domu chorego. Do oziębiania używa W. bezwodnika kwasu węglowego; nasad do elektrody używa porcelanowych. Używa tylko jednobiegunowego prądu. *Klęsk.*

Granjux. **Psy w służbie sanitarnej polowej we Francyi.** (*Allgem. militärärzt. Zeit.* 1908 Nr 2). Doświadczenie w innych krajach dowiodło, że psy odpowiednio wytresowane oddać mogą nieocenione usługi w wyszukiwaniu rannych. Pies taki znalazłszy rannego, zostaje przy nim i szczeka, lub też zabiera jakąś część ubrania, zwykle czapkę i niesie ją do sanitaryusza. Psy takie utrzymywać powinno Towarzystwo czerwonego krzyża, lub przedsiębiorstwa prywatne za pewnem wynagrodzeniem. We Francyi założono już »towarzystwo dla wypróbowania psów sanitarnych«. Towarzystwo to urządziło 11. I. b. r. międzynarodowy popis. Mimo zimy, psy spełniały swoją służbę bardzo gorliwie i z dobrym wynikiem. Najlepiej do celów tych nadają się suki, zwłaszcza psów owczarskich. *K.*

Schewen. **W sprawie patologii uchyłka krtani.** (*Münch. med. Woch.* 1908 Nr 9). Rozróżniamy uchyłki krtani (*laryngocele*) zewnętrzne i wewnętrzne. Są to zwykle wady wrodzone, które jednak dopiero w późniejszym wieku nieraz nagle się objawiają. Uchyłki krtani mogą być także wrzekome, n. p. gdy wskutek owrzodzeń lub innych spraw chorobowych krtań jest połączona n. p. z jamą ropnia. Uchyłki przypominają zupełnie worki powietrzne u małp na szyi, o których dokładnie nie wiemy, jaki cel mają lub raczej miały. Uchyłki krtani zwykle nie dają żadnych objawów, czasem tylko, gdy nagle się zwiększą, wywołać mogą duszność, a nawet uduszenie, zwłaszcza uchyłki wewnętrzne. Nagłe powiększenie się uchyłka powstaje czasem po kaszlu, krzyku, trąbieniu lub, jak w przypadku S., po zabiegu Politzera. Leczenie przy uchyłku wewnętrznym operacyjne, przy zewnętrznym wystarcza ucisk, przy odpowiedniem zachowaniu się chorego. *Klęsk.*

Kocher. **W sprawie klinicznego oceniania złośliwych nowotworów gruczołu tarczowego.** (*Deutsch. Zeift. f. Chir.* T. 91. Z. 3—4). Po omówieniu różnych typów złośliwych nowotworów gruczołu tarczowego (wole mięsakowe, wole rakowate, wole koloidowe tworzące przerzuty i t. p.) podaje K. najważniejsze objawy, dozwalające lekarzowi praktycznemu wczas rozpoznać złośliwość wola. Należą do nich: 1) od pewnego ściśle określonego czasu nagły, szybki i ciągły wzrost, 2) twardnienie ograniczonych części wola 3) zmniejszanie się ruchomości wola względem tchawicy i przełyku, 4) samoistne rozpromieniające się bole i trudności połykowe. W razie występowania tych objawów powinien lekarz zaraz wysłać chorego do operacyi. *Klęsk.*

Leuwer. **Próby celem zapobieżenia zaćmieniu zwierciadeł krtaniowych.** (*Deutsch. med. Wochft.* 1908. Nr 5). Celem zapobieżenia zachodzeniu zwierciadełka krtaniowego przy badaniu parą, umieścił L. koło niego małą puszkę, którą napełnia się parafiną. Po ogrzaniu ciepło parafiny ogrzewa lusterko i przez dobre 10 minut lusterko pozostaje czyste. *Klęsk.*

Esau. **Wyłączenie i przeszczepienie jelita cienkiego w miejscu wyboru.** (*Mediz. Klinik.* 1908 Nr 10). Jak dowodzą doświadczenia E. na psach, można jelito cienkie u psa z łatwością wyłączać i przeszczepiać dwuczasowo w sąsiedztwo, n. p. w powłoki brzuszne; u psa bowiem żywotność i odporność jelita jest znacznie większa, niż u człowieka. Możność swobodnego przeszczepiania jelita cienkiego w miejscu wyboru miałaby dla chirurgii ogromne znaczenie. Dowodem był już sposób Rutkowskiego-Mikulicza operacyi wynicowania pęcherza. Gdybyśmy mogli zawsze dowolnie przeszczepiać jelito, to użyćby go można korzystnie w wielu przypadkach n. p. do plastyki cewki moczowej, moczowodu, przełyku i t. p. W razie oddzielenia wyłączonego i przeszczepionego jelita od nerwów zmniejszyłaby się zapewne i wydzielina jego gruczołów. Sprawa ta ma jednak i strony ujemne. Po pierwsze, pominąwszy już wogóle możność przyjęcia się przeszczepionego jelita, wchodzi tu jeszcze w rachubę niebezpieczeństwo wywołania niedrożności jelit przez pas krezki, pozostawiony na razie przy wyłączonem jelicie. Dalej pamiętać należy o możliwości zakrzepu w naczyniach pasa krezki i następowej zgorzeli wyłączonego jelita, a w końcu operacye takie wymagałyby bardzo wiele czasu. Że takie przeszczepienie jelita i u człowieka mogłoby być zastosowane, dowodzi spostrzeżenie E. z kliniki w Gryfii, w którem po operacyi przepukliny uwięźniętej, wyłączona pętla jelita tak ściśle zrosła się z powłokami brzusznemi i tak dobrze od ich strony była odżywiana, że w końcu można było bez szkody odciąć ją zupełnie od krezki. *Klęsk.*

Maas. **W sprawie doszczętnej operacyi przepuklin u dzieci.** (*Berl. klin. Wochft.* 1908. Nr 5). Poniżej pierwszego roku życia powinno się o ile możności unikać operacyi przepuklin, gdyż daje ona w tym wieku 16% śmiertelności; wyniki operacyi później podjętych są wcale dobre. *K.*

Bardescu. **Sposób operacyi przepuklin udowych od kanału pachwinowego.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 85, Z. 2). B. przy operacyi przepukliny udowej prowadzi cięcie nad kanałem pachwinowym, otwiera go od przodu, t. j. przecina powięź mięśnia skośnego zewnętrznego, dalej podskórnie dąży do worka przepuklinowego udowego, uwalnia go i przeciąga powyżej więzadła Pouparta do rany w kanale; tam podwiązuje worek i zamyka wrota przepuklinowe od wewnątrz, łącząc szwem więzadło Pouparta z więzadłem Coopera. Wreszcie kończy operacyę podług Bassiniego. Przy przepuklinach udowych uwięzniętych operuje B. wprost do jamy brzusznej. *Klęsk.*

Hahn. **Doszczętna operacya „nadprzepuklin“ z pomocą systematycznego rozciągania powłok brzusznych.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 85, Z. 3). Wielkie, nie dające się odprowadzać przepukliny nazywa autor nadprzepuklinami (Ueberhernie). Jak wiadomo, wyniki operacyi przy tych przepuklinach są złe z tego powodu, że w jamie brzusznej brak jest już poprostu miejsca na odprowadzone jelita, odprowadzenie więc przy operacyi wywołać może potem groźne następstwa, a nawet śmierć. Zapobiegać temu doradza H. w ten sposób, by przed operacyą systematycznie odprowadzać treść przepukliny i przez uciskowy opatrunek utrzymywać ją przez pewien czas w jamie brzusznej, przez co zwolna powłoki ulegają rozciągnięciu. Wobec wązkich wrót, proponuje H. nawet najpierw krwawo wrota rozszerzyć, a dopiero po rozciągnięciu powłok następowo operować. W ten sposób postąpił H. w 3 przypadkach olbrzymich przepuklin i osiągnął zupełnie dobry skutek. *K.*

Durlacher. **O zdolności do życia noworodków przy ogromnych, nie nadających się już do operacyi przepuklinach pępkowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 11). D. spostrzegał przypadek olbrzymiej przepukliny pępkowej u noworodka; zamiast powłok brzusznych na przestrzeni 12 ctm. szerokiej, a 8·5 ctm. długiej, istniała tylko cienka, przeświecająca błona, przechodząca wprost w pępowinę. Okoliczna skóra zaczęła jednak szybko narastać, tak że po 3 miesiącach pokryła już od przodu jamę brzuszną. Obecnie po dwóch latach dziecko nie ma zupełnie przepukliny, tylko przy krzyku rysują się trzy współśrodkowe pierścienie w środku brzucha. Przypadek ten poucza, że nawet wobec ogromnych przepuklin u noworodków można spodziewać się wyleczenia, tak że wobec małych nie należy spieszyć się z operacyą. *K.*

Autenrieth. **Rozległe oderwanie krezki przy urazach brzucha.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 10). Urazy brzucha wywołują nieraz oderwanie się krezki od jelita wzdłuż jego osi, co w następstwie prócz krwotoku wywołać musi obumarcie jelita, nieraz bardzo rozległe. A. operował z tego powodu 4½-letnie dziecko w 2½ godzin po wypadku (przejechanie). Objawy: wymioty, krwotok do jamy brzusznej, napięcie powłok. A. znalazł prócz naddarcia pętli esowatej, na ½ metra od kątnicy oderwanie krezki na przestrzeni 35 ctm. Jednoczasowe wycięcie 115 ctm. jelita i szew okrężnicy, zaszycie brzucha. Wyzdrowienie. *Klęsk.*

Steiner. **Chirurgiczne leczenie przewlekłej czerwonki.** (*Berl. klin. Wochft.* 1908. Nr 5.) Przy leczeniu przewlekłej czerwonki zaleca S. wykonać odbyt sztuczny tuż poniżej zastawki Bauhina, a następnie przeciwrobaczkowo przepłukiwać jelito grube najpierw ciepłą wodą, a gdy odchodzi już płyn czysty, rozczynami jodu lub protargolu. Po wyleczeniu zagaja się naturalnie przetokę. *K.*

Lieblein. **Nowy guzik jelitowy.** (*Zentblt f. Chir.* 1908. Nr 4). Nowy guzik jelitowy, który L. bardzo zachwala, sporządzony jest z galalitu, t. j. formolowego połączenia kazeiny. *K.*

Wiesner. **Kazuistyczny przyczynek do znaczenia radyologicznego badania kiszki.** (*Münch. med. Woch.* 1908. Nr 9). Na podstawie przypadku, w którym w następstwie operacyi zapalenia wyrostka robaczkowego zjawiły się przypadłości zwężenia jelita grubego i gdzie badanie radyologiczne dokładnie wyjaśniło przyrodę i siedzibę sprawy (zrosty), co operacyjnie następnie stwierdzono, poleca W. gorąco radyoskopię kiszki w następujący sposób: Po dokładnem wypróżnieniu jelita grubego wlewa się choremu 40—100 gm azotanu bizmutu w zawiesinie 400—1000 gm oliwy do kiszki, w położeniu na lewym boku. Potem obraca się chorego na grzbiet. Po kilku minutach mozna rozpocząć badanie. Zwykle nawet samo prześwietlanie zupełnie wystarcza. *Klęsk.*

Niedner. **Odma opłucna i opatrunek plastrowy.** (*Mediz. Klinik* 1908 Nr 8). Przy odmie opłucnej poleca N. ustalić odpowiednią stronę klatki piersiowej zapomocą opatrunku plastrowego. Sposób ten podał on już w r. 1901 przy krwotokach płucnych. Obecnie wypróbowawszy go na kilku chorych z odmą opłucną, poleca go w tem cierpieniu, zwłaszcza w przypadkach odmy »z zastawką«, gdzie samoistne wessanie powietrza jest wprost wyłączone. *Klęsk.*

Fiedler. **Pierwotne ostre zapalenia szpiku kostnego żeber.** (*Münch. med. Wochft.* 1908. Nr 5). Tę nie częstą chorobę cechują: bardzo szybkki oddech, bole brzucha pochodzące z rozpromieniania się bolu nerwów międzyżebrowych, silne zajęcie stanu ogólnego, zmiany miejscowe żeber, zwykle trzech dolnych. Choroba często powstaje po urazie w 7—10 dni. Rokowanie poważne, zależy od energicznej pomocy chirurgicznej. O wiele częściej spotykamy podobne zmiany żeber, jako sprawę wtórną, przerzutową po durze, zapaleniu płuc, płonicy i t. p. *Klęsk.*

Quadflieg. **Przypadek urazowego zwichnięcia prawego nerwu łokciowego.** (*Münch. med. Woch.* 1908. Nr 9). Wskutek urazu w łokieć powstało przykurczenie 4 i 5 palca, drętwienie ich, bole przy zginaniu łokcia, przyczem chory sam zauważył, że mu coś na łokciu przeskakuje, przyczem całe przedramię popada w kurcz. Przysłany do szpitala z rozpoznaniem gośćca. Q. rozpoznał zaraz zwichnięcie nerwu łokciowego, który można było wymacać dobrze ku przodowi ponad kłykciem wewnętrznym. Przy operacyi znaleziono nerw zgrubiały silnie wskutek zmian zapalnych. Q. przyszył nerw na przestrzeni 3 cm do ścięgna mięśnia trójgłowego. Wyleczenie zupełne. Zwichnięcie nerwu łokciowego wystąpić może po urazie, wskutek zmian zapalnych lub samoistnie wskutek wrodzonych wad w budowie łokcia. Umocowanie nerwu wykonać można z pomocą rynienek i płatów z powięzi lub okostno-kostnych. Q. sądzi jednak, że wykonane przez niego umocowanie onerwia przy ścięgnie mięśnia trójgłowego wystarcza zupełnie. Rokowanie zależy od długości trwania następowych zmian zapalnych nerwu. *Klęsk.*

Steinmann. **Nowy sposób wyciągu przy leczeniu złamań.** (*Korrespbl. f. Schw. Aerzte* 1908 Nr 1). By umożliwić zastosowanie silnego wyciągu, nawet w przypadkach złamań wielce powikłanych ranami, poleca S. umocowywać wyciąg na metalowych gwoździach, wbitych skośnie w substancyę gąbczastą obwodowego odłamka kości. Stosować można przytem wyciąg do 20 kg. bez wielkiej bolesności i bez obawy odleżyn. *Klęsk.*

Prof. Vulpius. **O wartości leczniczego unieruchomienia stawów** (*arthrodesis*). (*Münch. med. Wochsft.* 1908. Nr 7.) Przy porażeniach dziecięcych zwrócono się w ostatnich czasach z zapałem do przeszczepiań, a niesłusznie zarzucono unieruchomianie stawów. Wprawdzie przeszczepiania dają często dobre wyniki, mimo to w wielu przypadkach jedynie unieruchomienie jest wskazane. Tak n. p. powinno się je wykonać zawsze tam, gdzie porażenie jest zupełne i nie ma już nadziei, że jakakolwiek ruchomość powróci. Wolno wykonać operacyę dopiero najwcześniej w rok po przebyciu ostrych przypadów. W stawie stopowym można wykonać i obustronne unieruchomienie. W kolanie wykonujemy je przy silnem wygięciu ku tyłowi, lub przykurczeniu znacznego stopnia. Należy tu wykonać unieruchomienie o ile możności tylko po jednej stronie, a po drugiej w razie potrzeby przeszczepienie. Unieruchomienie biodra wykonuje się (także tylko jednostronnie) tylko wtedy, gdy porażenie jest obustronne, podobnie i w ramieniu. Opatrunek ustalający należy stosować najmniej 4 miesiące. Co się tyczy wyników, to w stawie skokowym w 50—60% osiąga się zupełne i pewne unieruchomienie, w kolanowym w 75%, w barkowym w 80%, w biodrowym podobnie. Chorzy godzą się z chęcią na operacyę, bo wolą mieć sztywną, ale silną i pewną kończynę, niż cepowatą. W niektórych stawach n. p. barkowym, wytwarzają się potem ruchy uboczne całym pierścieniem kostnym, wcale dla chorego korzystne. *Klęsk.*

Meurers. **Doświadczenia z plombą jodoformową kości podług Mosetig Morhofa.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 56. Z. 1). Plomba kostna Mosetiga znajduje coraz szersze zastosowanie, dozwala ona bowiem postępować przy operacyach n. p. przy wycinaniach stawów o wiele więcej zachowawczo. Dawniej wycinano kości aż do części zdrowych, obecnie często można usunąć tylko chrząstkę, a głębiej sięgające ogniska wyskrobać i zaplombować. Przy zapaleniu szpiku kostnego należy zakładać plombę dopiero

w okresie przewlekłym po poprzedniem usunięciu wydzieliny ropnej zapomocą otwarcia, oczyszczenia jamy i tamponady. W ten sposób wyniki będą zawsze dobre, jak to na 45 przypadkach M. przedstawia. *Klęsk.*

Esau. **Gościec gruźliczy Ponceta.** (*Mnch. med. Woch.* 1908. Nr 8). Poncet pierwszy opisał dość rzadką postać chorobową, którą nazwał »gośćcem gruźliczym«. Zaczyna się ona u młodych osobników zwykle nagle w kilku stawach wśród silnych bolów i objawów zapalnych. Towarzyszą jej gorączka, poty i silne wychudzenie. W przeciągu kilku miesięcy stawy zajęte chorobą, zaczynają coraz więcej sztywnieć, przyczem bole ustępują. W chorobie tej nie bywa nigdy skłonności do tworzenia się ropni. Zesztywnienia zwykle są włókniste. Często choroba nie przebiega ostro, lecz zajmuje stopniowo powoli symetryczne stawy, bez silnych objawów zapalnych i niektóre ze stawów nie sztywnieją. Choroba ta przypomina w ogólnych zarysach zmiany tryprowe w stawach. Podobny przypadek spostrzegał E. Cierpienie wystąpiło u dziecka najprzód w stawach kolanowych, potem skokowych, dalej w biodrze po stronie prawej, a w końcu w szyjnej części kręgosłupa. Zajęciom stawów towarzyszyła zawsze silna gorączka. Pod wpływem opatrunków korygujących osiągnięto wyleczenie w stawach skokowych i w kręgosłupie. W kolanach wystąpiło zesztywnienie włókniste, a w biodrze kostne. Rokowanie jest w tej chorobie wogóle co do czynności stawów niedobre, a lepiej rokować można jedynie, gdy zjawia się w stawie wysięk, wtedy bowiem zajęta jest zwykle tylko sama błona maziowa. Bouveyron uważa całą tę sprawę za sprawę analogiczną z gruźlicą zewnętrzną n. p. z toczniem. W leczeniu wchodzą w rachubę: wyciąganie, leczenie zastoiną w wielkich przyrządach ssących, tuberkulina, w razie przykurczeń lub zesztywnień zwykłe leczenie chirurgiczne. *Klęsk.*

Doc. Wreden. **Zachowawcze leczenie gruźlicy chirurgicznej wstrzykiwaniami kamfor-naftolu.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 3). Na podstawie swoich wieloletnich spostrzeżeń zaleca W. gorąco leczenie gruźlicy chirurgicznej kamfor-naftolem, gdyż 1) leczenie wstrzykiwaniami kamfor-naftolu przy jednoczesnem ścisłem unieruchomieniu chorego narządu daje lepsze wyniki, niż inne sposoby. 2) Wstrzykiwanie czystego kamfor-naftolu jest rzeczą zupełnie bezpieczną tylko w jamach ropni i przetokach; przy śródtkankowych wstrzykiwaniach najlepiej używać zawiesiny kamfor-naftolu w glicerynie (1 część kamfor-naftolu na 5—2 części gliceryny, zależnie od wieku i ogólnego stanu chorego). 3) Śródtkankowe wstrzykiwanie kamfor-naftolu i opróżnienie ropni jest zabiegiem zupełnie bezbolesnym po poprzedniem wstrzyknięciu 1 prc. rozczynu kokainy.
Z. Orłowski (Ptsbg.).

Dentystyka.

Prof. Michel. **O adrenalinie, jako środku przeciwzapalnym.** (*Corresp. f. Zahnärzte* 1907, Z. 4). Stosowanie adrenaliny w okulistyce z dobrymi wynikami skłoniło autora do prób z adrenaliną w dentystyce. — Wprawdzie, jak M. powiada, z powodu wielkiego obszaru błony śluzowej jamy ustnej i obecności śliny, wyniki w dentystyce stosunkowo nie mogą być tak pomyślne, jak w okulistyce, niemniej jednak i w dentystyce uzyskuje się, zdaniem M., wynik dodatni. — M. na podstawie kilkunastu przypadków dochodzi do wniosku, że przy czystem zapaleniu ozębnej, przeważnie osiąga się dobre wyniki. Przy nakładaniu koron, lub plombowaniu radzi M. stosować adrenalinę, unikać prób natomiast tam, gdzie wskutek dużego wysięku nastąpiło zniszczenie tkanki. — Co do stosowania, to M. używał na 15 przypadków, w 10 przetworu »Merck Ritsert« (*Coc. 0·08, Subcutin 0·02, Paranephrin. 0·01*), wstrzykując na raz 1 gr. Nasuwało się pytanie, czy nie należy dodatniego wyniku w tych wszystkich przypadkach przypisać działaniu kokainy? Aby się o tem przekonać, M. w dalszych 5 przypadkach wstrzykiwał *dren. boric.* $^1/_{000}$ 2—3 kropli w rozczynie fizyologicznym soli. Z tych 5 przypadków w jednym tylko był wynik ujemny. Nie widząc więc wielkiej różnicy w stosowaniu czystej adrenaliny, lub w połączeniu z kokainą, poleca M. używać przetworu Merck-Ritserta, zwłaszcza, że kokaina, zwężając naczynia i znieczulając, potęguje działanie adrenaliny. — W końcu M. zaznacza, że nie należy wstrzykiwać więcej, niż 2 razy na dobę, o ile chcemy uniknąć nieprzyjemnych objawów zatrucia ogólnego. (Niedawno ogłoszona w »Przeglądzie lek.« praca Gońki dowodzi, że twierdzenia Michla są mylne. *Przyp. spr.*). *Dr Immerglückówna.*

Doc. Koerner. **Ropotok zębodołowy, a cukrzyca.** (*Deutsche Monatsschr. f. Zahnärzte* 1908, Z. 1). Przez ropotok zębodołowy rozumie się przewlekłe ropne zapalenie dziąseł, połączone z postępującym zanikiem zębodołów i wyrostków zębodołowych. — Sprawa ta objawia się zaczerwienieniem, obrzękiem, rozpulchnieniem dziąseł, bardzo znacznym wysiękiem ropnym i bolami; bole te pochodzą od podrażnienia gałązek czuciowych n. trójdzielnego przez obrzęk dziąseł i okostnej. — Sprawa ta występuje w każdym wieku i o obu płci; u kobiet zwłaszcza podczas ciąży. — K. rozróżnia w etyologii: 1) Przyczyny miejscowe: ostre zapalenie okostnej, kamień zębowy, urazy przy zabiegach operacyjnych w jamie ustnej. 2) Wpływ ogólnych spraw chorobowych: skaza moczanowa, cukrzyca, zołzy, przewlekłe nieżyty jelit, zaburzenia w miesiączkowaniu, wreszcie metale, wprowadzone do ustroju w celach leczniczych: rtęć, ołów. 3) Działanie drobnoustrojów. — Co do cukrzycy, należy zdaniem K. przyjąć, iż te same czynniki, które w tej chorobie usposabiają do zmian w różnych narządach, działając na dziąsła i okostnę zębów, zmniejszają ich odporność, a tem samem ułatwiają dostęp drobnoustrojom. Przypuszczano dawniej, że obecność cukru trzcinowego w ślinie jest tym czynnikiem szkodliwym; o tem jednak myśleć nie można, skoro ślinianki wydzielają cukier wyjątkowo, jak stwierdziły badania Frerichsa, Noordena i i.; raczej należy tu przypisać znaczenie silnie kwaśnemu oddziaływaniu śliny u chorych na cukrzycę. K. twierdzenia swoje co do łączności cukrzycy z ropotokiem zębodołowym tak daleko posuwa, że zdaniem jego nietylko wszyscy chorzy na cukrzycę z czasem dostają ropotoku zębodołowego, ale bardzo często sprawa ta jest pierwszą zapowiedzią cukrzycy. K. poleca więc w każdym przypadku ropotoku zębodołowego badać mocz. W leczeniu należy uwzględnić przyczynę; K. podaje, że w cukrzycy po ogólnem leczeniu w Karlsbadzie zauważył znaczne polepszenie ropotoku zębodołowego. Nadto należy unikać wszelkich podrażnień miejscowych. W ostatnich czasach stosował K. przepłukiwania jamy ustnej 3% H_2O_2 i systematyczne miesienie dziąseł z dobrymi wynikami.
Dr Immerglückówna.

Salomon. **Skurcz toniczny górnych kończyn, jako odruch po uszkodzeniu miazgi zębowej.** (*Deutsche Monatsschr. f. Zahnh.* 1900, Z. 8). Zdrowy, silny, 28 l. mężczyzna zgłosił się do autora z powodu silnego bolu górnego lewego zęba mądrości. Ząb był prawie zupełnie zniszczony, S. postanowił go więc usunąć. Przy bardzo trudnem wyjęciu jedno ramię kleszczy obsunęło się na miazgę, którą była zupełnie obnażona. Natychmiast wystąpił silny skurcz toniczny wszystkich zginaczy obu rąk, zwłaszcza zaś ręki lewej. Po pewnym czasie, gdy S. założył na miazgę na wacie nieco zgęszczonego kwasu karbolowego, począł kurcz ustępować; wreszcie po zupełnem usunięciu zęba przeminął. *Dr Immerglückówna.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VII. Posiedzenie naukowe d. 27. marca 1908.

I. Prof. Biernacki: **Spostrzeżenia doświadczalne nad laktobacyliną.** W 3 doświadczeniach, wykonanych na 2 psach śledzono przez 4 dni wymianę materyi przy zwykłym pokarmie, przez następne 4 z dodatkiem po $^1/_2$ gr. laktobacyliny (w proszku) dziennie, przez ostatnie 4 znowu bez laktobacyliny. Przy podawaniu laktobacyliny zmniejszała się ilość kału, ilość suchej substancyi spadała o 15%—20%, również spadała zawartość azotu i tłuszczu. Laktobacylina zatem wpływała wybitnie podniecająco na przyswajanie w jelitach. Ilość etero-siarczanów w moczu nie ulegała określonym wahaniom. B. robił nadto doświadczenia z kw. mlecznym w ten sam sposób, jak z laktobacyliną, przyczem wzmożenie przyswajania było znacznie słabsze (o 2,8%). Podobnie działanie nie identyczne z laktobacyliną wywierało mleko kwaśne. Wzmożenie przyswajania uważa B. za punkt ciężkości przy podawaniu laktobacyliny; działanie jej jest inne, niż kwasu mlecznego.

Dyskusya: Prof. Prus nie uważa badań kontrolnych, przeprowadzonych przez prelegenta, za dostateczne. Co do samej laktobacyliny, to wszystkie prace, do niej się odnoszące, nie przemawiają mowcy do przekonania. — Prof. Sieradzki sądzi, że badania powinny być uzupełnione doświadczeniami bakteryologicznemi. Laktobacylina działa niewątpliwie dobrze w przypadkach większego kiśnienia w jelitach. — Prof. Beck musi wziąć

w obronę prelegenta przed zarzutem Prof. Prusa co do niedokładnych badań kontrolnych, innego bowiem sposobu kontrolowania nie zna. Co do różnicy w działaniu między laktobacyliną a kw. mlecznym, to zwraca na nią uwagę sam Miecznikow. Kwas mleczny już w żołądku i dwunastnicy ulega wessaniu i może być nawet szkodliwym. Laktobacylina działa przedewszystkiem w dolnych odcinkach jelit, wydzielając kw. mleczny w drobnych ilościach.— Prof. Biernacki przypomina, że metodykę badania dostatecznie przedstawił w pracy swej nad tłuszczami, zaznacza, że badania bakteryologiczne już robiono, wreszcie podnosi, że mleko Miecznikowa wydaje się odpowiedniejszem przy biegunkach, wywołuje bowiem stężenie kału.

II. Dr W. Nowicki: **Ocena krytyczna mało dotąd znanego protokołu sekcyi króla Jana Sobieskiego.** Prelegent poświęca na wstępie kilka słów wykonywanym w Polsce sekcyom i ich celom. Przytacza w krótkości opis sekcyi Stefana Batorego, następnie odczytuje tłomaczenie polskie protokołu sekcyi króla Sobieskiego. Tekst, dotąd nieogłoszony drukiem, jest odpisany z dokumentu, zakupionego z licytacyi w Monachium, a będącego własnością p. Bersona w Warszawie. Technika sekcyi wcale dokładna, uwzględniono prawie wszystkie narządy i jedynie ich opis pozostawia wiele do życzenia. Co do strony literackiej, to protokoł jest przeplatany czasem dość naiwnemi na temat znalezionych zmian uwagami, jak n. p. na temat zauważonej suchości mózgu, »co jeśli tak było przez naturę urządzonem, któż dziwić się będzie, że król takim blaskiem umysłu się odznaczał, że cokolwiek mówił, — mówił rozumnie, że wreszcie głowa jego mieściła ducha wyższego rzędu«. Lub n. p. przy omawianiu całokształtu sekcyi przy końcu protokołu, podnoszącego, że kilka przyczyn skojarzyło się »na zgubę króla godnego nieśmiertelności, skoro śmierć zarówno uderza w królewskie wieże, jak i lepianki nędzarzy«. Naiwnem jest n. p. dopatrywanie się podobieństwa w kamieniu nerkowym do tarczy, na której jest korona królewska. Sekcyę, zdaniem prelegenta, robiono na zwłokach, które rozpoczęły ulegać gniciu; kto ją robił, czy sami lekarze podpisani, czy też balwierze, »ludzie nieuczciwi«, trudno rozstrzygnąć. Sekcyę zaczęto od narządów jamy brzusznej, potem badano narządy klatki piersiowej, na końcu zaś jamę czaszki. Opierając się na danych, w czasie sekcyi zebranych, uważano za przyczynę śmierci króla schorzenie nerek: »skoro zaiste nerki zwyrodniały, surowica przestała się wydzielać z ogólnej masy krwi w czasie i w miejscu przez naturę ustanowionem, skąd powstała dyskrazya krwi, — nadmierne wezbranie surowicy, obrzęki skóry i następcza puchlina brzucha«. Prelegent podnosi to stosunkowo zgodne z dzisiejszemi zapatrywaniami określenie powstawania obrzęków przy schorzeniu nerek. Opierając się na zmianach sekcyjnych i na szeregu notatek, odnoszących się do życia i ostatnich chwil bohatera z pod Wiednia, dochodzi prelegent do wniosku, że król Jan III, dotknięty skazą moczanową, cierpiał na przewlekłe zapalenie nerek z następowymi obrzękami, w dniu śmierci zaś wystąpiły dwa napady mocznicy, uważane przez historyków mylnie za udar mózgowy.

Witold Nowicki.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie w d. 6. marca 1908.

1) Dr Skoczyński przedstawia chorą z **porażeniem prawego nerwu współczulnego.** U 30-letniej chorej stwierdza się zwężenie prawej szczeliny ocznej oraz źrenicy, dalej wpadnięcie oka w głąb (*enophtalmus*) i obniżenie ciepłoty w prawej połowie twarzy.

2) Dr Karwowski przedstawia: *a*) przypadek **pityriasis rubra universalis Hebrae** u kobiety, która cierpi na tę chorobę od $^3/_4$ roku. Najprzód na twarzy, potem dość szybko na całem ciele rozprzestrzeniła się czerwoność skóry, połączona z suchem łuszczeniem. Ręce i nogi również zajęte, pokryte zrogowaciałą, świecącą się warstwą naskórka. Jedynie pod piersiami znajdują się miejsca trochę gładsze i bledsze. Prelegent zwraca uwagę na wielką rzadkość tak typowego przypadku, a zarazem omawia rozpoznanie różniczkowe i obecne zapatrywania na charakter tej choroby i zupełną niejasność etyologii. Przypadek ten zbada K. histologicznie. *b*) **Chorobę Raynauda** u kobiety, zwracając uwagę na nadzwyczaj typowe woskowate wejrzenie palców i ich lodowatość.

Dr Adam Karwowski.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 17. grudnia 1907 r.

1) Wł. Janowski przedstawia płytki, dowodzące **odczynu proteolitycznego białych ciałek krwi.**

2) Wł. Janowski przedstawia **krzywe, zdjęte przez przełyk z lewego przedsionka serca zapomocą turgosfigmografu Straussa.** Są to pierwsze tego rodzaju zdjęcia, gdyż pozostali dwaj autorowie, zajmujący się badaniem lewego przedsionka serca przez przełyk, zdejmują krzywe zapomocą sfigmokardiografu Jaqueta. Krzywe, zdjęte zapomocą turgosfigmografu, wyglądają nieco odmiennie od otrzymywanych na sfigmokardiografie, co zależy od tego, że na pierwszym z tych przyrządów igła pisze krzywe na obracającym się walcu, gdy na drugim z nich igła kreśli krzywe na przesuwającym się poziomo papierze. — Już w pierwszem swojem przemówieniu starał się J. dowieść przez obliczenie wzajemnych stosunków czasu odnośnych krzywych, zdjętych z przedsionka serca, że skurcz przedsionka zostaje na nich wyrażony przez spadek krzywej, jak to twierdzi Minkowski, a nie przez jej podniesienie, jak to twierdzi Rautenberg. Obecnie doszedł J. stanowczo do wniosku, że Minkowski ma słuszność.

Dr Ign. L.

Posiedzenie kliniczne dnia 4. lutego 1908 r.

1) Bregman przedstawił przypadek **akromegalii.** Chora 37-letnia ma typowo powiększone ręce, stopy i twarz; palce zgrubiałe, dłoń rozszerzona, stopa szeroka i zgrubiała. Rentgenogramy stwierdzają, że zgrubienie rąk i nóg zależą przeważnie od rozrostu części miękkich. Nasada języka, gardło i krtań — powiększone. Klatka piersiowa szeroka, obojczyki grube. Wątroba wielka, stan odżywiania zły. Ilość dobowa moczu do 4000 ctm sz., białka i cukru niema. Obustronna skroniowa hemianopsya: na lewem oku cała zewnętrzna część pola widzenia wypadła prócz podłużnej wysepki, w której widzenie barwy białej, a częściowo i innych jest zachowane; na prawem oku w zewnętrznej połowie pola widzenia widzi chora kolor biały dobrze, inne wychodzą znacznie bladziej, niż w połowie zewnętrznej. Zanik w okresie początkowym lewego nerwu wzrokowego. Zaburzenia te wskazują na ucisk skrzyżowania n. n. wzrokowych wskutek przerostu przysadki mózgowej. Rentgenogramy potwierdzają to; widać na nich rozszerzenie siodła tureckiego. Brak miesiączki od 4 lat; zanik macicy. Przed 4 laty poronienie, odtąd nieustające wydzielanie się mleka z gruczołów sutkowych. Pierwszym objawem, który sprowadził chorą do lekarza, były polipy nosa, kilkakrotnie usuwane, a które są wyrazem przerostu błon śluzowych.

2) Barszczewski wypowiedział rzecz p. t.: **Urządzenia i metody badania klinicznego promieniami X. chorób wewnętrznych.** Promienie X. same są nieuchwytne dla naszych zmysłów, poznaje się je jedynie pośrednio przez ciała fluoryzujące oraz przez klisze uczulone. Stąd powstały dwa rodzaje poznawania promieni X: radyoskopia i radyografia. Dla celów praktycznych wystarcza często radyoskopia. Przy badaniu klatki piersiowej radyoskopia powinna zawsze poprzedzać radyografię. Tutaj opisuje B. przyrządy, niezbędne do badań radyologicznych. Obraz radyograficzny zależy od zmiany kierunku promieni X, od położenia badanej osoby, od ustawienia ekranu i stopnia jego oświetlenia. Dokładność obrazu zależy jeszcze od wielu innych warunków, jak przystosowanie siatkówki badacza do radyoskopii i t. p. Z kolei wylicza B. cały szereg położeń, jakie badany przybierać powinien odpowiednio do tego, jaka część klatki piersiowej i jaki narząd mają być prześwietlone. Badanie radyograficzne jamy brzusznej przedstawia znacznie większe trudności, niż klatki piersiowej: pomaga tutaj pospolicie obecnie stosowane podawanie mieszanki bizmutowej, która wskutek swej nieprzenikliwości dla promieni X, pozwala na rozpoznawanie np. zniekształtnień żołądka, zmian jego położenia, zwężeń jelit i t. p. Radyografia w cierpieniach wątroby mało daje danych, natomiast cierpienia nerkowe w wielu razach niewątpliwie można rozpoznać; zaliczyć tu należy n. p. złogi moczowe, torbiele nerek i t. p.

Judt zaznacza, że jeżeli podawane są kazuistyczne przypadki, gdzie n. p. promienie X nie wykrywały guza, istniejącego w klatce piersiowej, to przypisać to należy nieodpowiedniemu doborowi promieni: używano zbyt miękkich promieni, gdzie jedynie promienie twarde prześwietlićby zdołały, i na odwrót.

I. L.

Posiedzenie kliniczne dnia 18. lutego 1908 r.

1) Hertz Ryszard przedstawił płytki **z proteolizą ropy aseptycznej.** Badania ostatnich czasów wykryły własność proteolityczną białych ciałek krwi; jest ona tak wielka, że np. ropa z ropniaka opłucnej po zapaleniu płuc wytwarza na płytce surowiczej wgłębienie jeszcze w rozcieńczeniu 1:2000. H. przeprowadził badania dla stwierdzenia, czy rzeczywiście, jak to utrzymują niektórzy autorowie, proteolityczne własności posiadają jedynie krwinki białe wielojądrzaste, neutrofile. H. opierał się na pracy Janowskiego, który w swoim czasie dowiódł, że morfologia ropy zależy od czynnika, jaki ropienie wywołał. W tym celu H. wywoływał u psów ropienie przez wstrzykiwanie im terpentyny, kreoliny, azotanu srebra i rtęci i badał własności proteolityczne uzyskanej ropy. Okazało się, że ropa terpentynowa, która składa się z jednojądrzastych limfocytów, nie trawi zupełnie białka nawet *in substantia*, natomiast ropa kreolinowa, a szczególniej srebrowa i rtęciowa, która składa się wyłącznie z wielojądrzastych białych ciałek, trawią białko płytek w mniejszem lub większem rozcieńczeniu; kreolinowa jeszcze 1:30, srebrowa 1:100, rtęciowa 1:150. Badania prelegenta dowiodły dalej, że surowica krwi ludzkiej, przesięki i wysięki, zmieniony płyn mózgowo-rdzeniowy, posiadają wybitny wpływ hamnjący na proteolizę.

2) Bełkowski przedstawił przypadek **promienicy karku** z objawami opuszkowymi i **moczówki zwykłej** (*diabetes insipidus*).

3) Czarkowski Józef przedstawił 20-letniego mężczyznę, u którego **z powodu rozedmy płucnej** wykonał **operacyę Freunda**. C. usunął podochrzęstnie chrząstki I, II, III, IV i V żeber prawej strony. Po operacyi rozszerzalność klatki piersiowej powiększyła się o jeden centymetr, ogólny stan chorego poprawił się znakomicie, duszność zmalała wyraźnie.

4) Karwacki przedstawił pod drobnowidem szereg preparatów hodowlanych i tkankowych **krętka Obermeyera**; na podstawie swych badań w tym kierunku doszedł K. do wniosku, iż drobnoustrój ten, na podobieństwo krętka bladego, należy do wielopostaciowych i jest najprawdopodobniej pierwotniakiem.

5) Borzymowski wykładał: **O ranach postrzałowych według własnych spostrzeżeń i statystyki, przedstawionej na ostatnim Zjeździe we Lwowie**. Opierając się na około 300 przypadkach doszedł B. do następujących wniosków: 1) Odróżnić wlot od wylotu rany postrzałowej można najlepiej przez porównanie kształtu — wlot bowiem miewa postać bardziej zbliżoną do prawidłowego koła, niż wylot. 2) Rozmiary wylotów ran od kul karabinowych zależą od grubości skóry na miejscu wylotu, jej wypukłości, oraz ilości tkanki podskórnej. 3) Rany postrzałowe mózgu, rdzenia, płuc, opłucnej, wątroby, nerek i jelit w dolnej części brzucha, tak od kul karabinowych, jak i rewolwerowych, powinny być leczone wyczekująco. 4) Rany jelit środkowej i górnej części brzucha i żołądka powinny być natychmiast operowane. 5) Rany kończyn górnych dają 100% wyzdrowień, rany zaś postrzałowe — dolnych 96%. Z ran postrzałowych dolnych kończyn najniebezpieczniejsze są rany środkowej części uda, rany od kul karabinowych ze złamaniem kości i rany pni naczyniowych nad lub pod więzadłem Pouparta.

W dyskusyi zaznacza Ciechomski, że w przypadkach zranienia wątroby należy niezwłocznie przystępować do operacyi. Przy ranach postrzałowych żołądka miał C. wyniki operacyjne stosunkowo lepsze, niż po postrzałach jelit; postrzały żołądka wymagają natychmiastowej operacyi. Przy ranach postrzałowych jelit, wbrew zdaniu Borzymowskiego, uważa C. operacyę za konieczną bez względu na to, czy uraz nastąpił w górnej, czy też w dolnej części jamy brzusznej. — Horodyński nie mógł stwierdzić podawanych przez B. własności otworu wlotu i wylotu postrzałów. *I. L.*

Posiedzenie kliniczne dnia 25. lutego 1908 r.

1) Kopczyński Stanisław przedstawił przypadek **przewlekłego unieruchomiającego zapalenia kręgosłupa** (*spondylosis rhizomelica*).

2) Halpern Mieczysław odczytał rzecz p. t.: **Studya nad hydremią w zapaleniu nerek.** Hydremią zwie się rozwodnienie krwi całkowitej, rozwodnienie zaś osocza należałoby nazwać »*hydroplasmia*«, a rozwodnienie krwinek mianem »*hydrocythaemia*«. Prawidłowa ilość suchej substancyi we krwi całkowitej wynosi 21—22%, w moczu 9—10%, w krwinkach około 36%; ilość azotu całkowitego we krwi całkowitej — 3,5%, w osoczu 1,2—1,4%, w krwinkach około 6%, ilość zaś chlorków we krwi całkowitej 0,4%, w osoczu 0,5—0,6%, w krwinkach 0,3% Na Cl.

Badania nad ilością tych składników w 20 przypadkach przewlekłego miąższowego zapalenia nerek dały wyniki następujące: 1) W okresie zachowanej sprawności nerek wszystkie te składniki mogą pozostać bez zmiany. 2) Pomimo wyraźnego zaburzenia sprawności nerek krew całkowita może zachować prawidłową ilość suchej substancyi resp. azotu całkowitego; w przypadkach tych występuje jednak rozwodnienie osocza i powiększenie ilości osocza w stosunku do krwinek; brak wodnistości krwi (*hydraemia*) nie wyłącza zatem hydroplasmii i zależy od wyrównawczego zwiększenia się suchej substancyi, rsp. azotu w krwinkach. 3) Hydremia bez rozwodnienia osocza czyli bez hydroplasmii dotyczy przeważnie przypadków bez obrzęków i zależy od powiększonej ilości osocza w stosunku do krwinek; w krwinkach mogą zachodzić wtedy obok zmian dotyczących ich ilości, także zmiany jakościowe. 4) Hydremia z hydroplasmią dotyczy przeważnie przypadków z obrzękami i zależy przedewszystkiem od zatrzymania wody, wywołującego z jednej strony wzmożoną objętość osocza w stosunku do krwinek, — a z drugiej zubożenie osocza w białko. Krążki mogą także uczestniczyć w wytwarzaniu hydremii, wpływ ten ustępuje jednak na plan drugi. Zmiany jakościowe w krwinkach mogą tu zachodzić takie same, jak w przypadkach bez obrzęków. 5) Ilość chlorków w przebiegu przewlekłego miąższowego zapalenia nerek bywa zazwyczaj prawidłowa nietylko w osoczu, ale i w krwinkach rsp. we krwi całkowitej. 6) Stosunek chlorków, zawartych w krwinkach i osoczu danej ilości krwi wynosi prawidłowo 1:2; w przypadkach chorobowych (zapalenie nerek miąższowe) może się on zmieniać do 1:5 i zależy prawie wyłącznie od powiększonej ilości osocza. *I. L.*

Posiedzenie kliniczne dnia 3. marca 1908 r.

1) Kozerski przedstawił przypadek **tocznia twarzy, leczony wyłącznie** tylko **radem.** Od kwietnia r. z. nie leczony, bez nawrotu. Widać białą gładką bliznę bez gruzełków. Zapomocą radu wywoływano odczyn, ograniczający się tylko do przekrwienia, obrzęku, bez owrzodzenia. Zagłębienie nie jest wynikiem owrzodzenia, lecz wessania się grubego nacieku swoistego.

2) A. Sokołowski wypowiedział rzecz p. t.: **Spostrzeżenia własne nad działaniem przeciwgruźliczej surowicy Marmorka.** W leczeniu t. zw. swoistem rozróżnia się dwie metody: uodpornienie czynne (tuberkulina, szczepionki) i uodpornienie bierne (surowica). Tuberkulina daje wyniki niepewne i nie lepsze od metody higienicznodyetetycznej. Szczepionki (Behringa i inne) w gruźlicy ludzkiej nie znalazły dotąd zastosowania. Z surowic swoistych najbardziej znane są surowica Maragliano i Marmorka. Surowica Maragliano zawiodła pokładane w niej nadzieje. Surowica Marmorka, odkryta w 1903 r., ma dość już bogate piśmiennictwo i pochlebne oceny; szczególnie dodatni wpływ wywierać ma w leczeniu gruźlicy miejscowej (kości, stawów, skóry i t. p.). Doświadczeń swych Sokołowski dokonał w szpitalu św. Ducha na 20 chorych, dotkniętych gruźlicą płuc, przyczem 3 chorych miało powikłania krtaniowe. Początkowo stosowano surowicę podskórnie, wobec jednak powikłań (pokrzywka, bóle stawowe) posługiwano się nadal wyłącznie wlewaniami do odbytnicy; każdemu choremu wlewano po 10 ctm. sz. co drugi dzień. W jednej seryi wlewano 120—130 ctm. sz. surowicy, poczem robiono 3-tygodniową przerwę.

Wyniki ogólne, które dała surowica, są następujące: Z 3 chorych w pierwszym okresie (z bardzo małemi zmianami) poprawa u wszystkich. Z 9 chorych w II okresie (zmiany wyraźne), poprawa u 4 chorych, stan pozostał bez zmiany u 4 chorych, zmarł jeden. Z 8 chorych w III okresie (zmiany znaczne) poprawa u jednego chorego, zmarło 6 chorych.

Co do poszczególnych objawów gruźlicy, to okazało się, że największy wpływ ma surowica na ilość plwociny. Z 20 chorych — u 8 ilość plwociny wybitnie zmalała (ze 150 ctm. sz.— spadła do 30 ctm. sz.) Ciepłota spadła u 5 chorych, kaszel ustał u 8 chorych. Tętno spadło u dwóch, wzmożenie tętna nastąpiło u 6 chorych. Na przebieg gruźlicy krtani surowica wpływu nie wywierała.

Powyższe wyniki stosowania surowicy Marmorka na pozór są dodatnie, trzeba jednakże zważyć, że połowa chorych była leczona w lecie i przebywała stale na stosownej werandzie; u drugiej połowy chorych, którzy leczyli się w zimie i na sali szpitalnej — wyniki były ujemne. Ponieważ statystyka szpitala św. Ducha stwierdza wogóle u chorych, leczonych w lecie na werandzie, wyraźną poprawę, wszystkie te dane liczbowe tracą na wartości.

W dyskusyi zaznacza St. Mutermilch, że należy zadać sobie pytanie, czy surowica Marmorka, stosowana przez odbytnicę, ulega wessaniu do obiegu krwi. Z przemówienia prelegenta widać, że niektórzy autorowie spostrzegali po stosowaniu surowicy Marmorka przez odbytnicę wzmożenie wskaźnika opsonicznego surowicy krwi. Okoliczność ta przemawia za wsysaniem się surowicy. Jeżeli przyjąć, że surowica Marmorka istotnie posiada działanie opsonizujące, to jest rzeczą niewłaściwą stosowanie jej codzień. Każda szczepionka działa w ten sposób, że z początku obniża wskaźnik opsoniczny surowicy krwi; ten okres ujemny po pewnym czasie przechodzi w okres wzmożonego wskaźnika opsonicznego, czyli t. zw. okres dodatni. Doświadczenia stwierdziły, że powtórne stosowanie szczepionki tylko wówczas wywiera wpływ dobroczynny, jeżeli wypada na okres dodatni; w przeciwnym razie wskaźnik opsoniczny jeszcze bardziej się obniża, okres ujemny trwa bardzo długo: często wcale nie przechodzi w dodatni.

Dębiński sądzi, że z badań klinicznych dotąd nie można wysnuwać żadnego wniosku co do swoistości surowicy Marmorka. D. twierdzi, że trzeba obecnie badania nad surowicą Marmorka zwrócić w kierunku pracownianym. Wadą surowic przeciwgruźliczych jest to, że są one bakteryolityczne, a nie antytoksyczne. Surowica bakteryolityczna wywołuje rozpuszczenie się laseczników i co za tem idzie, zatrucie ustroju. Ponieważ gruźlica jest przewlekłem zatruciem jadami, pochodzącymi z ciał bakteryi, czyli endotoksynami, więc i surowica przeciwgruźlicza powinnaby być antyendotoksyczną. *I. L.*

Posiedzenie kliniczne dnia 17. marca 1908 r.

1) Wiśniowski przedstawił chorą **z pierwotnem owrzodzeniem przymiotowem sutka.** Chora zaraziła się przy karmieniu dziecka, dotkniętego przymiotem.

2) Antoni Tuchendler przedstawił przypadek **raka przełyku**, wcześnie rozpoznanego za pomocą ezofagoskopu. W przypadku tym pomimo zmian nowotworowych drożność utrzymała się tak, że najgrubsze zgłębniki swobodnie do żołądka przechodziły, a jedynie przez oświetlenie przełyku udało się sprawę rozpoznać i to w pierwszych okresach rozwoju choroby.

3) Higier przedstawił młodzieńca, obdarzonego **fenomenalnemi zdolnościami** pamięciowego rozwiązywania najzawilszych zadań **rachunkowych.** Młodzieniec ten rozwiązywał nadzwyczaj szybko i bez żadnej omyłki cały szereg zadań, zadawanych tak przez prelegenta, jak i obecnych członków. Omówienie psychofizyologii fenomenalnego rachmistrzostwa odłożył prelegent do następnego posiedzenia. *I. L.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galic. we Lwowie ogłasza niniejszem, iż z końcem kwietnia b. r. nastąpi rozdział zapomóg wdowom i sierotom po lekarzach z $^1/_3$ części funduszu, nadesłanego przez Związek Towarzystw lekarskich na rok 1908.
Prezydent: *Dr Festenburg.*

Z Towarzystwa Samopomocy lekarzy. Na posiedzeniu Wydziału w d. 4. III. b. r. obradowano nad sprawą organizacyi lekarzy w Krakowie, oraz nad wprowadzeniem w życie organizacyi powiatowych. Wreszcie uchwalono poprzeć działalność komitetu lekarsko-aptekarskiego, zajmującego się usunięciem wyrobów pruskich. *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h
Od r. 1904 do 29. II. 1908	393,124	172,570
W marcu 1908	3,158	5,106
razem .	396,282	177,676

Dr Żydłowicz, administrator.

Skutki organizacyi lekarzy objawiać się poczynają i u nas. Lekarze miejskiej Kasy chorych w Krakowie, nie mogąc w inny sposób uzyskać poprawy (o 25%) swych nizkich płac, zapowiedzieli, jak donosiliśmy, solidarnie ustąpienie ze stanowisk, gdyby ich słusznych żądań nie spełniono. Ten krok odniósł skutek nietylko w miejskiej Kasie chorych, ale i w Kasie powiatowej, choć tam lekarze jeszcze nie zapowiadali ustąpienia. Ten fakt dowodzi, jak pożytecznem jest zrzeszenie się lekarzy w jedno solidarne ciało i wskazuje, że do powstającej organizacyi powinni przystąpić niezwłocznie wszyscy lekarze w kraju. *Z.*

Na III. Walnem Zebraniu Związku organizacyi lek. austr. w Wiedniu 29. i 30. III. b. r. przedstawił Fabbrovich sprawę wynagradzania lekarzy za doniesienia o chorobach zakaźnych, żądając 3 kor. za każde doniesienie. Z następnych referentów żądał Pick utworzenia państwowego urzędu zdrowia, Skorscheban przedstawił ordynacyę lekarską, przyczem uchwalono starać się, by niektóre Izby, odrzucające tę ordynacyę, zmieniły swe stanowisko. Na wniosek Picka oświadczono się za tem, aby w nowej ustawie o Kasach chorych granica rocznego dochodu, uprawniająca do należenia do Kasy, wynosiła 2,400 K., a nie 3,600, jak projektuje rząd. Uchwalono dalej oświadczyć się przeciw objęciu lekarzy ustawą o zabezpieczeniu urzędników prywatnych, a to mimo wywodów Grüna i Freundlicha. Wreszcie zdawał sprawę Rothenspieler z projektu ustawy o chorobach zakaźnych, a Gruss referował zmianę kilku paragrafów ustawy karnej. *R.*

Państwowy Związek organizacyi lek. austr. ogłasza, że zgromadzeni w Wiedniu 29. III. b. r. przedstawiciele organizacyi lekarskich austryackich uchwalili wyrazić sympatyę lekarzom krajowych szpitali w Bernie morawskiem i Ołomuńcu, którzy zmuszeni byli wypowiedzieć swe posady w walce za swe słuszne żądania; zarazem wyrazili przedstawiciele organizacyi nadzieję, że wszyscy lekarze w Austryi poprą kolegów berneńskich i ołomunieckich przez to, iż nikt nie przyjmie, ani nie będzie się starał o posadę w owych szpitalach. Prezydyum Związku wzywa przeto wszystkich lekarzy w Austryi do solidarnego w tej sprawie stanowiska. *R.*

Miejska Kasa chorych w Krakowie podaje w sprawozdaniu kasowem za r. 1907 koszta lekarzy, kontroli chorych i utrzymania ambulatoryum razem w kwocie 37,672 K, chociaż wydatki na kontrolę chorych i utrzymanie ambulatoryum należałoby raczej albo podać osobno, albo zaliczyć do kosztów administracyi (wynoszących i bez tego 40,910 K, t. j. przeszło 19% ogółu wydatków). W rzeczywistości, jak wynika z tekstu sprawozdania rocznego (str. 4) otrzymali lekarze w postaci płac stałych tylko 19,003 K, prócz tego koszt specyalistów i pomocy doraźnej wyniósł 1,717 K. — W r. 1907 zgłosiło się do kasy 16,215 chorych, którym udzielono 27,311 porad (w ambulatoryach i w domu); jedna porada więc, wliczając nawet porady specyalistów i w domu chorych, wypada średnio zaledwo po 75 halerzy. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 29. III. do 4. IV. 1908 doniesiono o 47 nowych przypadkach duru plamistego w 17 gminach, a mianowicie: m. Lwów 1, pow. Drohobycz (Bronica 1), Gródek jag. (Uherce niezabitowskie 5), Kamionka (Kamionka 5), Lwów pow. (Ceperów 1), Mościska (Starzawa 4), Peczeniżyn (Lucza 1), Rawa (Majdan 1, Potylicz 1, Hołe rawskie 2), Rohatyn (Bursztyn 1, Rohatyn 4), Śniatyn (Dżurów 1), Stryj (Tuchla 11), Tłumacz (Jezierzany 4), Tarnopol (Mikulińce 1), Żółkiew (Dobrosin 3); o 3 przypadkach ospy w Kwaczale (pow. Chrzanów) i o 1 przypadku nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Krośnie (bakt. stwierdzono). *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 29. III. do 4. IV. 1908 urodziło się dzieci żywo 63, nieżywo 3; zmarło osób 66 (w tem obcych 23), z nich z gruźlicy 19 (8), zapalenia płuc 14 (3). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 29. III. do 4. IV. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 7 (w tem obcych 4), płonicy 3 (2), duru brzusznego 3 (3). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 29. III. do 4. IV. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 4 (w tem obcych —), krztuśca 1, płonicy 8, odry 4, duru osutkowego 4 (2), duru brzusznego 4 (2), gorączki połogowej 1 † 1, nagminnego zapalenia opon 1 † 1. *Dr Leg.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 8. IV. b. r. posiedzenie, na którem Dr Kozłowski zdał sprawę z przypadku obrzęku twarzy po użyciu pewnego środka do barwienia włosów, a Dr Mayzel miał zapowiedziany wykład. W dyskusyi przemawiali: Dr Borzęcki, Karpiński, Landau J., Regiec, Steuermark, Zydłowicz.

— Na wezwanie Komitetu badania i zwalczania raka w Warszawie zawiązał się za pośrednictwem Towarzystwa lekarskiego krak. takiż Komitet dla zachodniej Galicyi. Przewodnictwo Komitetu przyjął Prof. Browicz, sekretarzami obrano Doc. Latkowskiego i Doc. Wrzoska. Pierwsze posiedzenie Komitetu odbyło się d. 9. IV.; na niem uchwalono przystąpić przedewszystkiem do zbierania statystyki według wzoru warszawskiego, oraz kooptowano dalszych członków Komitetu.

— W najbliższych dniach wyjdzie z druku V zeszyt I. tomu »Rocznika lekarskiego«, zawierający prace Dr W. Mazurkiewicza: »Części stałe i teorya wydzielania soku trzustkowego«, oraz Prof. Piltza: »Poszukiwania nad topografią korowych ośrodków ruchów źrenicy«. Zeszyt ten rozesłany zostanie prenumeratorom »Przeglądu lek.« bezpłatnie.

— Do Rady miejskiej wybrani zostali ponownie wszyscy lekarze, którzy zasiadali w Radzie w poprzedniej kadencyi (Prof. Ponikło, Pareński, Dr Lustgarten, Prof. Domański, Bujwid).

— Dyplom doktorski uzyskał p. Stanisław Edmund Zamorski, rodem ze Skawiny.

Lwów. Na posiedzeniu krajowej Rady Zdrowia w d. 4. III. b. r. zdawał Dr Starzewski sprawę z międzynarodowego Zjazdu higienistów w Berlinie, poczem roztrząsano sprawę »przykazań higienicznych« dla szkół ludowych, wydano opinię w sprawie okręgu sanitarnego w Bukowsku w sanockiem, a wreszcie R. dw. Dr Merunowicz przedłożył sprawozdanie o stanie zdrowotnym kraju w r. 1906.

— Założone przed kilku laty »Towarzystwo zwalczania gruźlicy« urządzi w najbliższym czasie na wzór francuski dyspensatoryum pod nazwą »Opieka nad chorymi gruźliczymi« przy ul. Pańskiej, które z początku przyjmować będzie chorych tylko 2 razy tygodniowo.

— Wyszedł z druku 1—3 III. zeszyt tomu »Polskiego archiwum nauk biologicznych i lekarskich«, zawierający prace Prof. Wiczkowskiego, Doc. Modrakowskiego, E. Flataua, St. Kopczyńskiego, Prof. Gluzińskiego i M. Reichensteina, J. Sędziaka, Prof. Biernackiego.

Warszawa. Myśl, którą poruszył i stara się urzeczywistnić »Przegląd lekarski«, aby czytelnicy polskich pism lekarskich byli poinformowani przedewszystkiem o naszym własnym ruchu naukowym, poczyna się zwolna przyjmować, co z radością należy stwierdzić. W ostatnich numerach »Gazety lek.« znajdują się n. p. sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego lwowskiego i Wydziału mat.-przyr. Akademii Umiejętności.

— Do Zarządu warszawskiego Pogotowia ratunkowego wybrani zostali na r. 1908 ponownie Dr Steyner, St Kurz i J. Raum. Budżet na r. 1908 wynosi 34,000 rb. w dochodach i wydatkach.

— Rektor uniwersytetu warszawskiego ogłasza konkurs z nagrodą 900 rb., a terminem do 14. kwietnia 1910 na pracę popularną z zakresu medycyny w języku rosyjskim. Uczestniczyć w konkursie mogą tylko poddani rosyjscy.

Z różnych stron. IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze (6.—10. VI. b. r.) zapowiada się bardzo okazale. Dotąd zgłosiło się już 250 uczestników. Prócz Komitetu polskiego zawiązały się w ostatnich czasach Komitety chorwacki, serbski i bułgarski. W czasie Zjazdu wychodzić będzie »Věstnik« pod redakcyą Prof. V. Kučery, Dr Panýrka i Prof. Slavika.

— Porządek dzienny zgromadzenia »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu« w d. 21. III. (3. IV.) b. r. obejmował w dziale naukowym: 1) Prof. Czeczott: Zarys działalności naukowo-społecznej i obywatelskiej ś. p. Prof. Mierzejewskiego, 2) Jen. inż. Kątkowski: Znaczenie badań mikrobiologicznych dla charakterystyki wody. Na posiedzeniu tem zorganizował się wydział farmaceutyczny; przewodniczącym wybrany został p. Edmund Chrzanowski, delegat aptek z całej Rosyi do Rady lekarskiej, kandydatką panna A. Leśniewska, kierowniczka szkoły farmaceutycznej dla kobiet, sekretarzem p. Witold Boharewicz. »Związek«, uchwalił wziąść udział w tegorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze.

— Prof. Laveran założył w Paryżu »Towarzystwo patologii egzotycznej«, którego celem jest badanie zaraz podzwrotnikowych.

— W Brazylii, według »Medycyny i Kroniki lek.« (Nr 14), której redakcya pośredniczy w udzieleniu dokładniejszych wyjaśnień, mają w stanie Parana prawo praktykować tylko lekarze z dyplomem brazylijskim, jednakże w rzeczywistości przepis ten nie bywa przestrzegany, a na prowincyi, gdzie lekarzy niema, jest każdy lekarz z jakimkolwiek dyplomem życzliwie witany przez władze. Dochody z praktyki bywają duże, ale życie jest bardzo drogie. W Kurytybie byłoby miejsce dla Polaka, okulisty, laryngologa, chirurga lub neurologa, w Prudentopolis dla Polaka, dobrego praktyka. Nadto jeszcze jeden lekarz znalazłby zajęcie przy kolonizacyi.

Mianowani: Dr Tadeusz Pisarski sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Redakcya otrzymała: K. Klecki: Gruźlica u psa. Now. lek. 1908. — Krzyształowicz i Siedlecki: Badania doświadczalne nad kiłą; morfologia krętka bladego. Ak. Um. 1908. — Krzyształowicz: 1) Die Botryomykose. Monatsh. für prakt. Derm. 1907. 2) Przypadek t. zw. gruczolaka łojowego. Przegl. chor. skórn. i wen. 1907. 3) Blastomykose. 4) Canities. 5) Creeping-Dermatitis. 6) Chloasma. 7) Argyria. Real-Encykl. Eulenburga. 1908.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 15. kwietnia o godzinie 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Kol. Korolewicz: Demonstracye z kliniki lekarskiej. 2) Kol. Janiszewski: Referat o t. zw. dyspensatoryach, czyli »opiekach nad chorymi gruźliczymi«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Valofin. Dążności chemii farmaceutycznej do wyosobnienia działającej istoty korzenia kozłkowego doprowadziły do wytworzenia szeregu przetworów zastępujących napar kozłka. Sądząc z piśmiennictwa (Beddies, Moilweide, Podloucky, Flesch i in.), przypadnie rola poważna przetworowi zwanemu »Valofin«, i to nietylko z powodu szybkiego i pewnego działania tego środka, ale także z powodu właściwego mu dobrego smaku, co, jak wiadomo, było przedtem zawsze »pium desiderium«. Autorowie opierają to zapatrywanie na licznych spostrzeżeniach. *S. W.*

Ferromanganin działa skutecznie przeciw niedokrwistości, a zatem pośrednio leczy neurastenię i histeryę. Cena niska, Kor. 3,50 za flaszkę. *J. L. W.*

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w ¼ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku **nie** wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA

Stomachin (Cognac chinae).



Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico. a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki **dla Panów Lekarzy** gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.

NORMALNE WODY MINERALNE

WEDŁUG PRZEPISU

Prof. Dr. W. JAWORSKIEGO w KRAKOWIE.

(NAUKA O CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH TOM III. PROF. W. JAWORSKI).

Wyrabia Rządowo uprawniona fabryka Wyrabia Rządowo uprawniona fabryka

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE, ul. św. Gertrudy l. 4. (Telef. Nr. 227).

a) **Wody normalne zawierające składniki tylko mineralne:**

Nr.	Woda normalna		hal.	Nr.	Woda normalna		hal.
I	Normalna	flaszka ¾ l.	40	XII	Jodowa słabsza	flaszka ¾ l.	50
II	Alkaliczna słabsza . . .	„ „	30	XIII	Jodowa mocniejsza . .	„ ½ l.	50
III	Alkaliczna mocniejsza .	„ „	35	XIV	Bromowa słabsza . . .	„ ¾ l.	40
IV	Słona słabsza	„ „	35	XV	Bromowa mocniejsza . .	„ ½ l.	40
V	Słona mocniejsza . . .	„ „	40	XVI	Żelazista	„ ¾ l.	40
VI	Alkaliczno-słona . . .	„ „	30	XVII	Arsenowa	„ ½ l.	50
VII	Glauberska mocniejsza .	„ „	40	XVIII	Arsenowo-żelazista . .	„ „	50
VIII	Glauberska słabsza . .	„ „	30	XIX	Dyetetyczna	„ ¾ l.	40
IX	Magnowa	„ „	40	XX	Kwaskowata	„ ½ l.	30
X	Wapniowa	„ „	40	XXI	Stołowa normalna . . .	„ ¾ l.	30
XI	Litowa	„ „	50				

b) **Wody normalne zawierające salicylany:**

Nr.		hal.	Nr.		hal.
XXII	A. **Aqua alcalina** eff. **mitior** numerata	40	XXV	D. **Ziemna mocniejsza** numerowana . .	60
XXIII	B. **Aqua alcalina** eff. fortior	60	XXVI	E. **Aqua magnesiae** eff. numerata . .	40
XXIV	C. **Ziemna słabsza** numerowana . . .	40			

UWAGA: Dla odróżnienia, godłem wód normalnych jest na etykietach rysunek **ryby** ze strzałką. Dla uniknięcia pomyłek z wodami naśladowanemi, uprasza się do nazwy szczegółowej wody dodawać wyraz **»normalna«** i numer. Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie wód normalnych przesyłamy na żądanie franko.

201